



universität
wien

Diplomarbeit

Aggression und Gewalt gegen Pflegende

Objektive Gegebenheiten und subjektives Bedrohungsgefühl

Verfasser

Wolfgang Schrenk

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, Mai 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: Univ.-Doz. Dr. Vlastimil KOZON PhD.

menfassung/Abstract	5
1. Einleitung	8
1.1. Hintergründe und Motivation zur Arbeit	9
1.2. Problemstellung und Forschungsfragen	12
2. Theoretische Hintergründe	12
2.1. Definition von Aggression und Gewalt aus unterschiedlichen Perspektiven	13
2.1.1. Definition Aggression	13
2.1.2. Definition Gewalt	15
2.1.3. Aggression als Werturteil	16
2.1.4. Aggression als Form der Kontaktaufnahme	17
2.1.5. Aggression aus Sicht der Psychologie	18
2.1.6. Definitionen der Aggression aus Sicht der Pflegewissenschaft	19
2.2. Theorien zur Aggressionsentstehung	20
2.2.1. Die klassischen Aggressionstheorien	20
2.2.1.1. Die Triebtheorie	20
2.2.1.2. Die Frustrations-Aggressions-Theorie	21
2.2.1.3. Das lerntheoretische Modell	21
2.2.1.4. Der biologische Ansatz	21
2.2.2. Gegenwärtiger Forschungsstand zu den Phänomenen Aggression und Gewalt	22
3. Aggression und Gewalt im Pflegeberuf	22
2.3.1. Formen und Häufigkeit erlebter Aggression	24
2.3.2. Auswirkungen erlebter Aggression	25
2.3.3. Pflegerischer und pflegewissenschaftlicher Umgang mit Aggression und Gewalt	26
2.3.3.1. Aggression und Gewalt in der Pflegediagnostik	27
2.3.3.2. Assessmentinstrumente	28

2.3.3.2.1. Staff Observation Aggression Scale Revised SOAS-R.....	28
2.3.3.2.2. Broset-Violence-Checklist (BVC).....	29
2.3.3.2.3. Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS).....	30
2.3.3.2.4. Fragebogen über die Einstellung gegenüber aggressivem Verhalten.....	30
2.3.3.3. Aggressions- und Deeskalationsmanagement	30
3. Empirischer Teil	33
3.1. Forschungsdesign	34
3.2. Stichprobenbeschreibung und Ergebnisse der SOAS-R-Auswertung.....	35
3.2.1. Einzugsgebiet, Leistungsdaten und Inzidenzraten.....	35
3.2.2. Häufigkeit, Verteilung	36
3.2.2.1. Häufigkeit nach Geschlecht.....	37
3.2.2.2. Anteil der Autoaggression an den Gesamtfällen	38
3.2.2.3. Altersverteilung	39
3.2.3. Aggressionsziele	40
3.2.3.1. Aggressionsziel MitarbeiterInnen	42
3.2.4. Auslöser der Aggression.....	44
3.2.5. Aggressionsort.....	46
3.2.6. Verwendete Mittel	48
3.2.7. Konsequenzen für das (die) Opfer.....	51
3.2.8. Maßnahmen um die Aggression zu stoppen.....	54
3.2.9. Schweregrad der Ereignisse.....	56
3.2.10. Ordnungsgrad	59
3.2.11. Dauer der Vorfälle	61
3.3. Erhebung mittels Fragebogen „Einstellung gegenüber aggressivem Verhalten“	64
3.3.1. Stichprobenbeschreibung und Ergebnisse der Fragebogenauswertung.....	64

3.3.1.1. Häufigkeit, Verteilung, Arbeitsbereiche, berufliche Position.....	65
3.3.2. Erfahrungen mit Aggression und Gewalt.....	68
3.3.3. Einstellung und Verhalten gegenüber aggressivem Verhalten von PatientInnen	71
3.3.4. Empfindungen im Umgang mit aggressiven PatientInnen	78
3.4. Interpretation der Ergebnisse und Diskussion	88
4. Schlussfolgerungen und Praxisrelevanz.....	89
4.1. ArbeitnehmerInnenschutz	89
4.2. Personalentwicklung, Risiko- und Qualitätsmanagementmanagement	90
4.3. Empfehlungen für die weiterführende Forschung	92
5. Literaturverzeichnis	93
6. Anhang	98
7. Ehrenwörtliche Erklärung	106
8. Curriculum Vitae.....	107

0. Zusammenfassung

Aggression und Gewalt sind in der Gesundheits- und Krankenpflege immer wichtigere Themen. Pflegepersonal erlebt dieses Phänomen in nahezu allen Arbeitsbereichen unterschiedlich häufig. Die Datenlage zu Häufigkeit, Schwere und Folgen von aggressiven Akten ist in Österreich noch sehr dünn.

Mittels eines Erhebungsinstrumentes - dem SOAS-R-Bogen - werden in der vorliegenden Arbeit Daten zur detaillierten Beschreibung von Aggressionsereignissen erfasst, die von beteiligten MitarbeiterInnen dokumentiert werden. Es wurden Daten von zwei psychiatrischen Akut- und Aufnahmestationen im Otto Wagner Spital des Wiener Krankenanstaltenverbundes im Jahre 2005 beschrieben und verglichen. Weiters wurden mittels des Fragebogens „Einstellung gegenüber aggressivem Verhalten. Teil1, Beech, B., 1987. Teil 2, Thackrey, M., 1987“ die subjektive Bedrohungslage und die Einstellung gegenüber diesem Phänomen erhoben. Die Befragten waren Teilnehmer von Deeskalationskursen unterschiedlicher Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich.

Im Überblick ähneln sich die SOAS-R-Daten der verglichenen Abteilungen, im Detail finden sich interessante Unterschiede, etwa bei der Zahl der autoaggressiven Vorfälle. Insgesamt entsprechen die Ergebnisse ganz gut den Daten der wesentlichen österreichischen Vergleichsstudie (Dorfmeister, 2009).

Im Teil 2 der Befragung zeigt sich ein ausgeprägtes Bild der Ambivalenz, der überwiegende Teil der Daten findet sich im mittleren Bereich, Extreme sind selten. Die Einschätzung der Fähigkeiten zum Umgang mit aggressiven Vorkommnissen oder des Umganges mit aggressiven Patienten. durch das Gesundheitspersonal finden sich überwiegend im mittleren Bereich.

Für die Praxis lässt sich aus den Ergebnissen ein erhöhter Schulungsbedarf ableiten. Die Wirkung entsprechender Deeskalationstrainings ist durch mehrere internationale Studien belegt, eine Veränderung in der Wahrnehmung aggressiver Ereignisse wie auch in der Häufigkeit des Auftretens lässt sich bereits nach kurzen Schulungen nachweisen. Diese Trainings sollen auch zu einer erhöhten Sicherheit der MitarbeiterInnen im Umgang mit aggressiven PatientInnen beitragen.

0. Abstract

Violence and Aggression have recently come under increased scrutiny among healthcare professionals. Nurses of varied specialities encounter these phenomena time and again.

Data concerning frequency, severity and consequences are still scarce in Austria.

The following study employs SOAS-R-Sheet as data acquisition tool for detailed description of violent incidents documented by involved members of staff. Data were collected and compared in two psychiatric admission wards of the „Otto Wagner Hospital” in Vienna in the year 2005.

Furthermore, by using the „Attitude-towards-aggressive-behaviour”-questionnaire (Part 1, Beech, B., 1987. Part 2, Thackrey, M., 1987. - translated into German by Adelheid Zeller, Switzerland), it was possible to assess the subjective feeling of harassment and people's attitude towards it. Those surveyed belonged to different healthcare professions and had all been participants of so called de-escalation-training-sessions.

Data retrieved through SOAS are roughly similar in both the above-mentioned wards. Still you are able to find some interesting variations, for example differences relating to the observed frequency of self-destructive behaviour. On the whole, these results are matching those of another major Austrian comparative study (Dorfmeister, 2009). Part 2 of the survey paints a picture of clear ambivalence. The lion's share of all data is settled within a medium range, leaving out extremes at either end of the range most of the time. The medium range mostly contains the assessment of healthcare personnel's ability to both handle violent incidents and to deal with aggressive patients.

Relating to the everyday workplace environment, an advanced level of practical training is suggested. The effect of de-escalation-training-sessions has been proven by several international studies. It all points to the conclusion that immediately after finishing a few training-session, participants seem to benefit from a change of perception regarding violent occurrences and their frequency. De-escalation-training is also meant to improve safety of staff members and their ways of handling aggressive patients.

Verwendete Abkürzungen

AschG	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuKP	Gesundheits- und Krankenpflege
ICN	International Council of Nurses
KAV	Krankenanstaltenverbund
NANDA.....	North American Nursing Diagnosis Association
PIB	Psychiatrisches Intensivbett
POAS	Perception Of Aggression Scale
POP	Praxisorientierte Pflegediagnostik
POPAS.....	Perception of Prevalence of Aggression Scale
PSD.....	Psycho Sozialer Dienst
Psy.Abt.	Psychiatrische Abteilung
SOAS-R.....	Staff Observation of Aggression Scale - Revised
UbG	Unterbringungsgesetz

Widmung

Ich widme diese Arbeit meiner Frau Irene und meinen Kindern Katerina, Jana und Max, die zu dieser Arbeit wesentlich beigetragen haben, indem sie mich gestärkt und geduldig alle Mühen mitgetragen haben.

1. Einleitung

Aggression und Gewalt sind Phänomene, die im Alltag der Menschen - in unterschiedlicher Qualität und Bedeutung - immer wieder präsent sind. Von der kleinen Streiterei in der Partnerschaft bis zum Amoklauf in der Schule, von der Diskriminierung Andersartiger bis zum offenen Krieg - in der öffentlichen Wahrnehmung und im Sprachgebrauch ist dann sehr schnell von Aggression, von Gewalt die Rede. So unterschiedlich die Ereignisse auch sein mögen, subsumiert werden sie häufig unter der gleichen Begrifflichkeit. Gleichzeitig wird die Gesellschaft zusehends sensibilisiert, Gewalt am Arbeitsplatz gewinnt in der öffentlichen Wahrnehmung ebenso an Bedeutung wie etwa die Thematik gewaltsimulierender Computerspiele oder blutrünstiger Filme. Medienberichte nach Gewalttaten wie etwa dem Amoklauf von Erfurt 2002, bei dem ein 19jähriger an einer Schule 17 Menschen erschoss oder dem Bombenanschlag 2004 in Madrid, bei dem 191 Menschen ums Leben kamen und 2051 verletzt wurden, sind ausufernd, füllen über Tage die Zeitungsseiten und TV-Berichte. Oberflächlich betrachtet scheint in Hinsicht auf Aggression und Gewalt ein gesellschaftlicher Konsens der Ablehnung zu herrschen. Schon bei etwas näherer Betrachtung machen sich Widersprüche bemerkbar. Aggressivität wird in manchen Bereichen als akzeptabel, sogar erwünscht gesehen, etwa im Sport, aber auch in der Wirtschaft, etwa an der Börse. Gleichzeitig wird aggressives Verhalten auch in Abhängigkeit vom Aggressionsausübenden unterschiedlich bewertet, so wird ein palästinensischer Selbstmordattentäter, der sich an einem belebten Markt in die Luft sprengt, deutlich anders wahrgenommen als ein amerikanischer Bomberpilot, der seine Bomben über einem afghanischen Dorf ausklinkt. Im Staatswesen wird Gewalt an sich akzeptiert, die österreichische Staatsform basiert etwa auf der Gewaltenteilung, klar definiert ist auch das Gewaltmonopol der Exekutive. Hier finden sich die Begriffe zwar in Gesetze gegossen und reglementiert, die Begriffsverwendung ist jedoch sehr unterschiedlich.

Je mehr Raum dieses Thema in der öffentlichen Wahrnehmung bekommt, umso mehr befassen sich Wissenschaft, Regierungen und internationale Organisationen damit, dieser Fülle an unterschiedlichen Verhaltensweisen und Erscheinungsformen durch eine gewisse Vereinheitlichung gerecht zu werden.

Unterschiedliche Disziplinen wie die Aggressionsforschung, die Sozialpsychologie, die Pädagogik, die Kriminologie aber auch internationale Organisationen oder berufsnahe

Verbände versuchen und versuchten sich immer wieder an einheitlichen Definitionen. So definieren zum Beispiel die Vereinten Nationen in einer Grundsatzerklärung von 1974 Aggression aus völkerrechtlicher Sicht. Das International Council of Nurses (ICN) definiert Aggression als ein demütigendes, herabsetzendes oder anderes Verhalten, das einen Mangel an Respekt vor der Würde und dem Wert einer Person zeigt, also aus einer deutlich individuelleren Perspektive (vgl. ICN, 2006, 1).

Man sieht an diesen Beispielen sehr deutlich, wie unterschiedlich weit gefasst der Zugang zum Phänomen Aggression und Gewalt ist. Grundsätzlich wirft sich die Frage auf, ob eine einheitliche Definition möglich, ja überhaupt wünschenswert ist. Zu umfassend scheint die Thematik, als dass ein Lehrsatz allen Aspekten gerecht werden könnte, eine gemeinsame Definition birgt durch ihre Eingrenzung aber auch das Risiko des Gegenteils, der Ausgrenzung mancher, möglicherweise wesentlicher, Aspekte.

Im Arbeitsumfeld wird diesem Thema zusehends mehr Raum gewidmet. Schlagworte wie Mobbing oder sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz, die eine Form von Aggression darstellen, sind aus der öffentlichen Diskussion nicht mehr wegzudenken und werden zusehends Thema für ArbeitgeberInnen, Gewerkschaften und StandesvertreterInnen. Auch das Österreichische ArbeitnehmerInnenschutzgesetz verpflichtet speziell im §3 den Arbeitgeber, für Sicherheit am Arbeitsplatz zu sorgen (vgl. AschG, 2006).

1.1. Hintergründe und Motivation zur Arbeit

Im Arbeitsumfeld Krankenhaus finden sich erschreckend häufig Aggression und Gewalt. War in der bisherigen Wahrnehmung der Fokus überwiegend auf die gewaltausübende Pflegeperson, verstärkt durch besonders exzessive Mordserien wie sie im ehemaligen Pflegeheim Lainz, 1989 aufgedeckt wurde, gerichtet, wendet sich die Aufmerksamkeit der Pflegeforschung zusehends jener Aggression und Gewalt zu, der MitarbeiterInnen der Gesundheitsbereiche ausgesetzt sind. Neuere Forschungsergebnisse zeigen ein überraschend hohes Ausmaß an Aggression und Gewalt gegen im Krankenhaus Tätige. Gewalt gegen Pflegende war bis vor wenige Jahre ein nahezu tabuisiertes Thema. Obwohl in vieler Hinsicht von hoher Relevanz, wurde darüber kaum gesprochen, wenig geforscht sowie Auswirkungen und Folgen kaum diskutiert. Für die MitarbeiterInnen wie für die Organisationen ergaben und ergeben sich hohe Folgekosten materieller und immaterieller Natur (Steinert, 2004, 2).

Besonders betroffen scheinen junge MitarbeiterInnen. Von den frisch graduierten MitarbeiterInnen aus dem Pflegebereich waren während ihrer ersten 12 Monate 72% verbaler Aggression und Gewalt ausgesetzt, 57% wurden tätlich angegriffen (McKenna, 2003, 60).

Laut einer in Großbritannien durchgeführten Untersuchung zeigte sich, dass das Verletzungsrisiko für MitarbeiterInnen in Gesundheitsberufen signifikant höher ist als in der Normalpopulation. Gesundheitsberufe liegen im Ranking betroffener Berufe an zweiter Stelle hinter s.g. protective service occupations, das bedeutet etwa Polizei, Feuerwehr oder Justizwache (vgl. Buckley et al., 2006, 16-17).

Im Wiener Otto Wagner Spital (OWS), das unter verschiedenen Bezeichnungen seit 1907 die psychiatrische Versorgung der Millionenstadt Wien sichert, gab es bis zum Jahr 2004 keinerlei Richtlinien, Standards oder Ausbildungen zum Umgang mit aggressiven oder gewalttätigen Patienten, obwohl der Umgang mit solchen Menschen auch zum Tätigkeitsbereich der Pflegenden gehörte. Das Verhalten der Pflegepersonen in derartigen Situationen erfolgte nach bestem Wissen und Gewissen, jedoch völlig ungeschult und daher oft relativ planlos, häufig unkoordiniert, kaum angstvermeidend und des Öfteren auch schmerzhaft für den betroffenen Patienten. Die zum Teil hohen Risiken, wie etwa des lagerungsbedingten Erstickungstodes, waren den Handelnden überwiegend nicht bewusst. Im Jahr 2003 kam es bei einer Verhaftung eines Afrikaners in Wien zu besagtem lagerungsbedingten Erstickungstod, bei dem ein Mensch in hohem Erregungsgrad und mit erhöhtem Sauerstoffverbrauch in Bauchlage am Boden fixiert wird. Dabei kommt es zu einer verstärkten Totraumatmung, die Sauerstoffsättigung sinkt und es kommt zum „inneren Ersticken“. Der von Rettungsdienst und Polizei als tobender psychiatrischer Patient wahrgenommene Mann wurde zu Boden gebracht und dort unter massivem Druck festgehalten, was zu seinem Tod führte (vgl. Menschenrechtsbeirat, 2004, 90-93).

In Folge dieses Vorfalles reagierte die Exekutive mit vermehrter Befassung mit derartigen Todesfällen, mit Aufklärung, Richtlinien und Schulungen zu Fixierungsrisiken. In Folge der umfangreichen Medienberichterstattung begann man auch im psychiatrischen Bereich Überlegungen zu einem systematischen Umgang mit derartigen Gefahrensituationen anzustellen. Recherchen ergaben, dass Deeskalationsmanagement im Gesundheitsbereich in vielen europäischen Ländern gezielt trainiert wird. Etwa in Großbritannien werden derartige Fertigkeiten vom Gesundheitspersonal bereits seit rund 15 Jahren trainiert, in den

skandinavischen Ländern und in den Niederlande ebenfalls seit Jahren, die Schweiz bildete bereits 2002 Deeskalationstrainer aus.

Im Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) wurden 2004 erstmals 21 MitarbeiterInnen in einem zwei Semester umfassenden Lehrgang zu TrainerInnen für Aggressions-, Deeskalations- und Sicherheitsmanagement ausgebildet. In dieser Ausbildung werden grundsätzliche Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die es den TrainerInnen ermöglichen die MitarbeiterInnen in fünftägigen Basiskursen auszubilden. Schwerpunkte dabei sind etwa Kommunikation und Interaktion, Wahrnehmung, Aggressionsentstehung und -verlauf, Krisenmanagement und Assessmentfertigkeiten. Neben theoretischen Inhalten werden auch körperliche Techniken gelehrt, die auf schmerzfreie Art Sicherheit für PatientIn und Personal herstellen können.

Seit 2004 wurde der überwiegende Teil der multiprofessionellen MitarbeiterInnen im OWS in Basiskursen geschult, großes, noch immer wachsendes Interesse gibt es inzwischen aus allen Bereichen der Pflege und aus den unterschiedlichsten Feldern der Sozialberufe, etwa der Obdachlosenbetreuung oder der Drogenarbeit. 2009 wurden im Wiener Krankenanstaltenverbund weitere Trainer für den allgemeinen Bereich ausgebildet.

Im Zuge der auch wissenschaftlichen Arbeit der Trainer zeigte sich klar, dass weitere Forschungsarbeit von Nöten ist. Unterschiedliche Wahrnehmungsniveaus, wenig Wissen über objektive und subjektive Gegebenheiten und nur sporadisch vorhandenes Datenmaterial eröffnen spannende und für die Berufsgruppe bedeutende Felder.

Die vorliegende Arbeit soll einerseits die realen Gegebenheiten einer Wiener Allgemeinpsychiatrischen Akut- und Aufnahmestation in Hinsicht auf Aggression und Gewalt verdeutlichen, andererseits aber auch die subjektive Wahrnehmung und die eigene Einschätzung der Deeskalationsfähigkeiten im Krankenpflegepersonal aufzeigen.

1.2. Problemstellung und Forschungsfragen

Im österreichischen Krankenhausbereich gibt es eine einzige umfassende Studie zur Häufigkeit und Ausprägung aggressiver Situationen, die Pflegepersonen von Seiten der PatientInnen, aber auch durch BesucherInnen und Angehörige erleben (Dorfmeister, 2009). Zum subjektiven Gewalterleben professioneller Pflegender gibt es ebenfalls seit 2009 eine umfassende Arbeit (Stefan, 2009). Einjährige Studien an einer psychiatrischen Akut- und Aufnahmestation sind bisher nicht veröffentlicht, ein Vergleich zweier Aufnahmestationen liegt ebenfalls nicht vor.

Die vorliegende Arbeit gibt Antworten auf folgende Fragen:

- 1) Welcher Art, Häufigkeit und Schwere ist die von auf einer psychiatrischen Akutstation Tätigen erlebte Aggression und Gewalt?
- 2) Welche Berufsgruppen werden hauptsächlich betroffen, welche Gegenmaßnahmen werden ergriffen und wie viel Zeit wird dafür aufgewendet?
- 3) Wie schätzen im Gesundheitsbereich Tätige die subjektiv erlebte Häufigkeit im Umgang mit diesem Phänomen ein?
- 4) Wie schätzen im Gesundheitsbereich Tätige die eigenen Fähigkeiten im Umgang mit diesem Phänomen ein?
- 5) Wie beurteilen im Gesundheitsbereich Tätige Einstellung und Verhalten im Umgang mit diesem Phänomen?

2. Theoretische Hintergründe

In diesem Kapitel werden grundlegende Begriffsdefinitionen vorgenommen, Aggression und Gewalt aus unterschiedlichen Sichtweisen untersucht sowie nationale und internationale Daten zu Häufigkeit und Auswirkung von Aggression und Gewalt auf Pflegende präsentiert. Es wird auch näher auf die Entstehungsmechanismen eingegangen. In Folge werden verschiedene vorliegende Aggressionsdefinitionen unterschiedlicher Fachrichtungen vorgestellt und näher betrachtet. Weiters werden Studien zur Validität des verwendeten SOAS-R-Bogens aufbereitet.

2.1. Definitionen von Aggression und Gewalt aus unterschiedlichen Perspektiven

Zu den Phänomenen Aggression und Gewalt gibt es unter den verschiedenen Disziplinen zwar einige gemeinsame Punkte, aber auch viele Unschärfen und Unterschiede. So bezieht sich die allgemeine Psychologie besonders auf den Verhaltensaspekt, die Aggressionsforschung räumt auch den emotionalen Aspekten großen Raum ein (Nolting, 2009, 66-72).

In der öffentlichen Wahrnehmung kommt es sehr häufig zu einer Vermischung unterschiedlicher Begriffe wie Aggression – Aggressivität – Gewalt – Selbstbehauptung, die zum Teil unterschiedlich, zum Teil aber auch synonym verwendet werden. Zur Aggressionsentstehung gibt es sehr unterschiedliche Theorien, einerseits die klassischen Theorien wie die Triebtheorie oder das Frustrations-Aggressions-Modell, aber auch neue, multidimensionale Betrachtungsweisen.

2.1.1. Aggressionsdefinition

Das Wort „Aggression“ stammt vom lateinischen „aggredior“ – heran schreiten, sich nähern, an etwas herangehen, sich etwas zuwenden, sich an jemand wenden, angreifen – ab (Langenscheidt, 1977, 57). Ursprünglich war der Begriff vorwiegend positiv besetzt, deutete auf ein prosoziales Verhalten hin. Im heutigen Sprachgebrauch wird damit allerdings hauptsächlich antisoziales Verhalten bezeichnet.

Die Vereinten Nationen definieren in einer Grundsatzcharta Aggression als „...die Anwendung von Waffengewalt durch einen Staat, die gegen die Souveränität, die territoriale Unversehrtheit oder die politische Unabhängigkeit eines anderen Staates gerichtet oder sonst mit der Charta der Vereinten Nationen unvereinbar ist, wie in dieser Definition ausgeführt.“ (UN, 1974, 4). Diese staatsrechtliche Sicht ist für den Alltagsgebrauch kaum hilfreich, da sie auf systemische Aggression bezogen ist. Für die vorliegende Arbeit ist allerdings eine individualisierbare Definition notwendig. Das Wörterbuch Psychologie definiert Aggression als „Feindseliges, sich in mehr oder weniger absichtsvollen verbalen oder tätlichen Angriffen gegen Personen oder Gegenständen äußerndes Verhalten“ (Fröhlich, 2002, 45). Hierbei wird ganz klar nur die Verhaltensebene angesprochen. Aggressivität wird bei Fröhlich dagegen

eher interpersonell, als Einstellung, als Persönlichkeitseigenschaft gesehen: „Aggressivität...als relativ überdauernde Neigung einer Person, sich in feindselig – ablehnenden bzw. oppositionellen Einstellungen und/oder Handlungen zu ergehen.“ (Fröhlich, 2002, 45). Diese Definitionen unterscheiden zwischen der Verhaltensebene - Aggression - und der interpersonellen, der Einstellungsebene - Aggressivität.

Aus Sicht der Pflegeforschung definiert Morrison Aggression als „...jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten, welches für die Patientin/den Patienten selbst, andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist, oder körperliches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind“ (Morrison, 1990, 32). Morrison geht in dieser Definition auch auf den Aspekt der Autoaggression ein und hebt damit die alleinige Sichtweise der Aggression als gegen andere gerichtetes Verhalten auf. In der folgenden Arbeit wird diese Definition als Arbeitshypothese herangezogen, auf dem SOAS-R-Bogen findet wird diese Definition ebenfalls verwendet.

Auch in den Sportwissenschaften findet sich eine eigene Definition: „ Eine Handlung im Sport ist dann als aggressiv zu bezeichnen, wenn eine Person in Abweichung von sportlichen Normen mit dieser Handlung intendiert, einer anderen Person Schaden im Sinne einer personalen Schädigung in Form von körperlicher (oder psychischer) Schädigung zuzufügen, wobei diese Schädigung in Form von körperlicher (oder psychischer) Verletzung und Schmerz erfolgen kann.“ (Gabler, 2003, 22). Hier wird extra auf „sportliche Normen“ hingewiesen, die nicht zwangsläufig mit den gesellschaftlichen übereinstimmen müssen. So ist zum Beispiel im Boxsport eine Schädigung bzw. Verletzung des Gegenübers intendiert und gewünscht. Im gesellschaftlichen Kontext würde derartiges Verhalten als Gewalt bezeichnet und nicht akzeptiert werden.

Es ist zu erkennen dass die Bandbreite der Begriffsverwendung sehr groß ist und auch die verschiedenen Definitionen unterschiedliche Aspekte betonen. Insgesamt haben Untersuchungen aber ergeben, dass es einen gemeinsamen Kern im Aggressionsverständnis der meisten Menschen gibt. Er umfasst drei Aspekte:

1. Schaden
2. Intention
3. Normabweichung (vgl. Mummendey et al., 1982, 177-193)

In der vorliegenden Arbeit spielen diese Aspekte eine wesentliche Rolle, wobei natürlich zu beachten ist, dass gerade im akutpsychiatrischen Bereich der Normbegriff weiter gefasst ist als in anderen gesellschaftlichen Bereichen.

2.1.2. Definition Gewalt

Gewalt bezeichnet im üblichen Sprachgebrauch schwere Formen der Aggression, wie etwa schlagen, leichtere Formen wie beschimpfen werden üblicherweise nicht als Gewalt gesehen. Körperliche Angriffe werden überwiegend als Gewalt gesehen, in neuerer Zeit verschiebt sich aber der Sprachgebrauch dahingehend, dass immer häufiger auch von „verbaler Gewalt“ oder „psychischer Gewalt“, etwa beim Mobbing gesprochen wird. Sprachgeschichtlich lässt sich bei der Betrachtung des Begriffes „Gewalt“ eine aktionsbegriffliche und eine kompetenzbegriffliche Bedeutung finden. Die ursprüngliche indogermanische Sprachwurzel „val“ mit der Verbform „giwaltan“ bezieht sich auf Verfügungsmacht, Herrschaft über jemanden haben. Diese Bedeutung findet sich heute noch in Begriffen wie „Staatsgewalt“ oder „Exekutivgewalt“ und bezieht sich auf die Kompetenzbegrifflichkeit. Im allgemeinen Sprachgebrauch dominiert aber die aktionsbegriffliche Bedeutung (Wahl, 2009, 11).

Eine systematische Definition findet Hartdegen: „Gewalt ist jedes Verhalten, dessen Ziel es ist, einen anderen Menschen zu einem bestimmten Verhalten zu nötigen. Das ausgesprochene oder unausgesprochene Bedürfnis des Opfers wird missachtet“ (Hartdegen, 1996, 14).

Auch Zimbardo bietet eine Definition: „Gewalt ist Aggression in ihrer extremen, sozial nicht akzeptablen Form“ (Zimbardo, 1999, 334). Dieser Ansatz intendiert, dass es eine sozial akzeptierte Aggression gibt.

Wahl bezeichnet Gewalt als „...die Teilmenge von Aggression, die durch Gesellschaft und Staat jeweils sozial- und kulturhistorisch unterschiedlich normierte Formen hat. Oft ist Gewalt in eine Hierarchie eingebettet. Je nach Situation gibt es gebotene, geduldete oder geächtete Formen von Gewalt“ (Wahl, 2009, 13).

Galtung unterscheidet Gewalt auch nach soziologischen Aspekten:

Kulturelle Gewalt

Unter »kultureller Gewalt« wird jede Eigenschaft einer Kultur bezeichnet, mit deren Hilfe direkte oder strukturelle Gewalt legitimiert werden kann. Diese Form der Gewalt verletzt oder

schädigt nicht direkt, sie trägt aber zu deren Rechtfertigung bei. Ein typisches Beispiel ist die rechtsextreme Ideologie der rassistischen Wertigkeit, deren extremste Form in der Nazi-Propaganda als Kampf des „Herrenvolkes“ gegen die „minderwertige Rassen“ wie Juden oder Slawen zu Tage trat und schlussendlich zu Holocaust, Krieg und Vernichtung geführt hat.

Personale Gewalt und Strukturelle Gewalt

Gewalt, bei der es einen Akteur gibt, bezeichnen wir als personale oder direkte Gewalt. Die Gewalt ohne einen Akteur wird als strukturelle oder indirekte Gewalt bezeichnet. In beiden Fällen können Individuen in psychischer wie physischer Hinsicht geschädigt werden. Aber während diese Konsequenzen bei direkter Gewalt auf konkrete Personen als Akteure zurückzuführen sind, ist das im Fall der strukturellen Gewalt unmöglich geworden. Hier tritt kein Individuum in Erscheinung, das einem anderen direkt Schaden zufügt. Die Gewalt ist in Systeme eingebettet und äußert sich überwiegend in ungleichen Machtverhältnissen und in ungleichen Lebenschancen (Galtung, 1998, 14-16).

2.1.3. Aggression als Werturteil

Wird Aggression rein als Verhalten gesehen, das Schädigung, Schmerz und Verletzung intendiert, kommt es zur Kollision mit dem üblichen Sprachgebrauch und der laienhaften öffentlichen Wahrnehmung. Bezieht sich etwa die Psychologie bei der Aggression überwiegend auf die Verhaltenskomponenten kommt im verbreiteten Sprachgebrauch noch eine klare Wertung dazu. Als wesentlicher Aspekt dabei fungieren „Normabweichung“ bzw. „Angemessenheit“ (vgl. Mummery et al., 1982, 177-193).

Klar wird das anhand folgender Beispiele, in denen Aggression völlig unterschiedlich bewertet wird:

➔ Ein Bankräuber schießt auf einen Polizisten.

➔ Ein Polizist schießt auf einen Bankräuber.

Hier hat der Polizist die Norm auf seiner Seite, d.h. das Verhalten des Polizisten wird überwiegend nicht als aggressiv bezeichnet und gesellschaftlich akzeptiert.

➔ Ein Mann wird in einem Lokal ohne ersichtlichen Grund zu Boden geschlagen.

➔ Ein Mann wird in einem Lokal zu Boden geschlagen weil er eine Frau würgt.

Aggression mit der Intention zu helfen wird überwiegend weniger aggressiv bewertet oder akzeptiert, sofern die Hilfeleistung nicht selber übertrieben oder unangemessen erscheint (Nolting, 2009, 24-25).

Wird ein aggressiver Akt als Reaktion auf Bedrohung oder Provokation gesehen, wird er im Vergleich mit einem offenen Angriff ohne ersichtliches Motiv viel seltener als aggressiv bewertet (Brown&Tedeschi, 1976, 77).

Aus obigen Beispielen wird ersichtlich, dass die Wahrnehmung von Aggression und Gewalt einer sehr subjektiven Einschätzung unterliegt. Diese ist geprägt von eigenen Verhaltensnormen, von der Einstellung zur Sache und vom Kontext. Gleichzeitig lässt auch noch die subjektiv geprägte Wahrnehmung des eigenen und des fremden Verhaltens große Einschätzungsspielräume offen. Eigenes Verhalten wird überwiegend weniger aggressiv eingeschätzt als fremdes Verhalten, meist ist „der Andere schuld“, die Einschätzung ist parteiisch (Nolting, 2009, 25).

2.1.4. Aggression als Form der Kontaktaufnahme

Auf den ersten Blick zwar absurd erscheinend, schafft Aggression doch ein intensives Beziehungserleben. Ist bei einem Menschen das Zuwendungsdefizit sehr groß, kann störendes Verhalten und Aggression als Mittel des In-Beziehung-Tretens angewendet werden, wie aus dem pflegerischen Alltag bekannt durchaus mit Erfolg (vgl. Kienzle & Paul-Ettliger, 2006).

Derartiges Verhalten scheint zwar eher dysfunktional und außerhalb der Norm, kann allerdings für Menschen mit schweren Kontakt- und Zuwendungsproblemen ein der wenigen, manchmal die einzige Strategie sein, intensive Zuwendung zu erleben. PatientInnen mit derartigen Problematiken erscheinen häufig extrem verschlossen, kontaktscheu und wortkarg. An psychiatrischen Akutstationen erleben solche Menschen, besonders in Zeiten großen Arbeitsdruckes, wenig Zuwendung. Dieses Defizit vermögen sie nicht durch aktive, normgerechte Kontaktaufnahme auszugleichen sondern sie setzen aggressive Akte. Dadurch erleben sie schlagartig massive Zuwendung, im Sinne der operanten Konditionierung wird dieses Verhalten dadurch noch verstärkt.

2.1.5. Aggression aus Sicht der Psychologie

Für die Psychologie war und ist aggressives Verhalten seit jeher ein wichtiges Thema. Die allgemeine Psychologie beschäftigt sich tendenziell eher mit den Verhaltensaspekten während die Aggressionsforschung als spezieller Zweig der Psychologie versucht, alle Facetten dieses Phänomens zu erfassen, das heißt Verhaltens- und Emotionsaspekte, kulturelle und soziologische Aspekte.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt ist auch die konstruktive Seite aggressiven Verhaltens. Aggression kann auch als (problematisches) Beziehungsangebot gesehen werden, systemisch kann sie auch zur Konfliktabwehr Sinn haben, etwa wenn Kinder aggressives Verhalten zeigen um von (häufig unaufgedeckten) familiären Problemen abzulenken. Die allgemeine Psychologie definiert sechs Perspektiven, unter denen Aggression untersucht wird:

1. Die biologische Perspektive

Aus biologischer Sicht werden in erster Linie neurologische und neuropsychologische Gesichtspunkte in den Mittelpunkt der Forschung gerückt. Im Vordergrund steht die Rolle unterschiedlicher Hormonsysteme und deren Einfluss auf bestimmte Hirnareale sowie deren Aktivität unter definierten Bedingungen. So werden etwa gewisse Areale gereizt, um beobachten zu können, ob dadurch aggressive Akte ausgelöst werden. Gleichzeitig können auch Parameter des Hirnstoffwechsels und der Hormonaktivität gemessen werden.

2. Die psychodynamische Perspektive

Hier werden aggressive Handlungen als Reaktion auf Frustrationen interpretiert und besonders dynamische innerpsychische Aspekte betrachtet

3. Die behavioristische Perspektive

Die behavioristische Betrachtungsweise beschäftigt sich hauptsächlich mit der Frage, welche Verstärkungs-/Bestrafungsreize Einfluss auf aggressive Verhaltensweisen haben.

4. Die kognitive Perspektive

Hier werden aggressive, feindselige Gedanken und Gefühle, aggressive Vorstellungen und Handlungsintentionen erfasst, die ein Mensch unter dem Einfluss aggressiver Szenarien erlebt.

5. Die humanistische Perspektive

Sie sucht nach inneren Werten, Einstellungen und soziale Bedingungen die das Individuum zu aggressiven, selbstbegrenzenden Verhaltensweisen veranlasst.

6. Die evolutionäre Perspektive

Dabei wird einerseits nach dem Aspekt des biologischen Erbes, nach der dem Menschen immanenten Aggression gesucht, andererseits werden auch Gesichtspunkte gesucht, die im Verlauf der Menschheitsgeschichte Aggression als angemessenes Verhalten erscheinen lassen (Zimbardo, 1999, 336).

2.1.6. Definitionen der Aggression aus Sicht der Pflegewissenschaft

In den letzten Jahren wird Aggression am Arbeitsplatz immer mehr zum Thema, nicht nur in der öffentlichen Wahrnehmung sondern auch für Berufsorganisationen, für Arbeitgeber und nicht zuletzt für die einzelnen Arbeitnehmer. Durch die verstärkte wissenschaftliche Arbeit im pflegerischen Bereich wird auch das Arbeitsumfeld Krankenhaus zusehends in den Fokus der Forschung gerückt. Zwar in der Vergangenheit wenig thematisiert, für in diesem Bereich Tätige jedoch wenig überraschend, zeigt sich hier ein Problem in einer Größe, die nicht mehr übergangen werden kann. Besonders im Arbeitsumfeld ist eine praktische Definition notwendig.

Das International Council of Nurses (ICN), der internationale Berufsverband der Pflegenden, bietet folgende Definition an: „Aggression ist ein demütigendes, herabsetzendes oder anderes Verhalten, das einen Mangel an Respekt vor der Würde und dem Wert einer Person zeigt. Sexuelle Belästigung ist jedes unerwünschte, nicht erwiderte und nicht begrüßte Verhalten sexueller Art, das dazu führt, dass sich die belästigte Person bedroht, erniedrigt oder beschämt fühlt. Gewalt ist destruktives Verhalten gegenüber anderen Personen.“ (ICN, 2007, 4). Bedeutend ist bei dieser Definition der Aspekt der sexuellen Belästigung, besonders von Pflegeschülern wird diese Form von Aggression sehr häufig erlebt. (Stefan, 2009, 103). Eine weitere verhaltensorientierte, praktikable Definition liefert die amerikanische Pflegeforscherin Eileen Morrison. Sie bezeichnet Aggression „...als jegliche Form von verbalem, nonverbalem und körperlichem Verhalten, welches für den Patienten selbst, andere Personen oder deren

Eigentum bedrohlich ist oder körperliches Verhalten wodurch der Patienten selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind“ (Morrison, 1990, 32).

Diese Definition wird in weiterer Folge in dieser Arbeit verwendet, sie dient auch als Definition für das verwendete Erhebungsinstrument SOAS-R.

2.2. Theorien zur Aggressionsentstehung

Die bisher überwiegend verwendeten „klassischen“ Ansätze zeigen als Schwachstelle eine Tendenz zum Anspruch der alleinigen Gültigkeit, mit dem Risiko der eindimensionalen Betrachtung (vgl. Nolting, 2009, 38-40). Die gegenwärtige Aggressionsforschung sieht Aggression als multikausales Geschehen und bezieht, weit über die klassischen Theorien hinaus, unterschiedliche Aspekte für multifaktorielle Erklärungsmodelle heran.

2.2.1. Die klassischen Aggressionstheorien

2.2.1.1. Die Triebtheorie

Die Triebtheorie basiert auf einem psychodynamischen Modell von Sigmund Freud. Er vertrat die Auffassung, dass dem Menschen von Geburt an zwei entgegengesetzte Triebe innewohnen:

Der Lebenstrieb (Eros), der Energie für Wachstum, Überleben und Fortpflanzung generiert sowie der Todestrieb (Thanatos), der nach der Selbstzerstörung des Individuums strebt (vgl. Freud, 1920, 213-272).

Freud nahm an, dass der Todestrieb häufig als Aggression gegen andere nach außen gelenkt werde (Zimbardo, 1999, 335). Auch Konrad Lorenz trug durch die Beobachtung von Tieren zur Triebtheorie bei, indem er Aggression als angeborene spontane innere Bereitschaft zum Kampf definierte, die für das Überleben eines Organismus unabdingbar ist. Nach Freud wird die Energie für den Todestrieb im Körper ständig generiert. Sie kann entweder auf sozial akzeptierte Weise in kleinen Mengen ständig abgegeben werden oder sie staut sich an und es kommt zur Katharsis (griech. Reinigung), zur spontanen, überwiegend sozial nicht akzeptierten Abfuhr hoher Affektspannung. Freud geht davon aus, dass der Aggressionstrieb

„Es“ existiert, aber durch das „Über-Ich“ sowie durch Normen und Regeln kanalisiert und gelenkt wird (vgl. Freud, 1920, 213-272).

2.2.1.2. Die Frustrations-Aggressions-Theorie

Rund 20 Jahre nach Freud stellte eine Gruppe von Yale-Psychologen die Frustrations-Aggressions-Hypothese vor (Dollard et al, 1939, zit. nach: Zimbardo, 1999, 326). Sie sieht Aggression nicht als angeborenen, sondern als erworbenen Trieb, der als Reaktion auf Frustrationen entsteht. Frustration entsteht demnach, wenn einem Individuum die Zielerreichung blockiert oder unmöglich gemacht wird. Eine aggressive Reaktion ist umso stärker, je höher die angesammelte und je stärker die gegenwärtige Frustration ist. Problematisch bei dieser Annahme ist, dass nicht jede Frustration zu Aggression führt. Miller revidierte die Theorie dahingehend, dass zwar jede Frustration eine emotionale Neigung zur Aggression hervorruft, diese aber zu schwach sein kann um tatsächlich aggressives Verhalten auszulösen (Miller, 1949, zit. nach: Zimbardo 1999, 337). Frustration muss Ärger hervorrufen, um zur Aggression zu führen, mögliche Frustrationsreaktionen sind aber etwa auch Angst oder Rückzug. Auch wird die Aggression häufig nicht gegen den Frustrator selbst sondern gegen ein Ersatzmodell, das weniger Risiken birgt, gerichtet (Zimbardo, 1999, 337).

2.2.1.3. Das lerntheoretische Modell

Als führender Vertreter dieses Modells gilt Albert Bandura. Es besagt, dass Aggression, wie andere Verhaltensmuster auch, erlernt wird. Nach dieser Theorie zieht jeder aversive Reiz ein erhöhtes Erregungsniveau nach sich. Abhängig von den Erfahrungen und von erlernten Verhaltensweisen löst diese Erregung eine Reihe unterschiedlicher Verhaltensantworten aus, Aggression ist nur eine davon. War sie in der Vergangenheit des Individuums eine erfolgreiche Strategie oder wurde sie bei Schlüsselpersonen als solche erlebt, wird sie in derartigen Situationen neuerlich angewendet werden (Bandura, 1973, zit. nach: Zimbardo, 1999, 338).

2.2.1.4. Der biologische Ansatz

Auch ohne der Triebtheorie anzuhängen lässt sich doch eine gewisse Universalität von Aggression in allen Kulturen feststellen, die darauf schließen lässt, dass sie zur „Natur“ des Menschen gehört, gleichsam eine biologische Grundausstattung darstellt und, wenn nicht als Trieb, dann zumindest als Reaktionsmuster angeboren ist (Nolting, 2009, 53). Unterschiedliche biologische Faktoren scheinen darauf Einfluss zu haben.

Dem biologischen Ansatz liegen drei wesentliche Hypothesen zugrunde: Die genetische Hypothese, die Serotoninhypothese und die Testosteronhypothese. So deuten neuere Studien darauf hin, dass etwa ein Serotoninungleichgewicht zu Problemen in der Impulsregulation führen kann. Es zeigt sich eine klare negative Korrelation zwischen Serotoninspiegel und Aggressionsvorkommen (Birbaumer & Schmid, 2003, 676). Auf eine genetische Disposition lässt auch ein Versuch schließen, bei dem bei 14 episodisch extrem aggressiven Männern ein defektes Gen am X-Chromosom, das für Monoaminoxidase A codiert, gefunden wurde (Birbaumer & Schmid, 2003, 673). Für die Testosteronhypothese spricht die Erkenntnis nahezu aller Untersuchungen, dass die Aggressionshäufigkeit bei Männern höher ist als bei Frauen, besonders hoch bei jungen Männern, die im Vergleich den höchsten Testosteronspiegel aufweisen.

2.2.2. Gegenwärtiger Forschungsstand zu Aggression und Gewalt

Die gegenwärtige Forschung bedient sich nicht mehr einer einzelnen Hypothese sondern sieht Aggression als vieldimensionales Geschehen. Unterschiedliche Forschungszweige untersuchen spezielle Aspekte, ohne deren alleinige Ursache zu behaupten. Biologische, emotionale, soziologische, lernpsychologische, psychodynamische und genetische Ursachen scheinen nebeneinander zu bestehen und wechselseitige Einflüsse zu haben. Eine eindimensionale Betrachtung findet sich in der gegenwärtigen Literatur nicht.

2.3. Aggression und Gewalt im Pflegeberuf

Unabhängig vom bisherigen Umgang mit diesen Phänomenen, heute kann diese Thematik aus dem Pflegeberuf nicht mehr weggedacht werden. Zu dicht ist bereits die Faktenlage, zu vielfältig sind die Hinweise auf destruktives Erleben *durch* und ebensolche Auswirkungen *auf*

im Pflegeberuf Tätige. So sieht die International Labour Organisation (ILO in einem Statement „Gewalt am Arbeitsplatz ... (als) eine Hauptursache für Ungleichheit, Diskriminierung, Stigmatisierung, Demoralisierung, Entfremdung und Konflikte am Arbeitsplatz. Es wird zunehmend eine zentrale Angelegenheit der Menschenrechte. Gewalt am Arbeitsplatz beginnt eine ernsthafte und manchmal tödliche Bedrohung für die Effizienz und den Erfolg von Organisationen zu werden. Es ist eine Herausforderung für Organisationen diese Aspekte zu verbinden und aus Gewaltprävention einen integralen Teil der Organisationskultur und Organisationsentwicklung zu machen.“ (ILO, 2001, 1). Eine aktuelle Pressemeldung der APA vom 19.3.2010 bestätigt die Dringlichkeit dieser Problematik erneut: „Patient tötet Nachtschwester in Heim für psychisch Kranke“

Im Pflegeberuf, besonders in der Psychiatrie, werden als Grundbefindlichkeit des Aggressors sehr häufig Angst oder Bedrohungsgefühle, offen oder versteckt, erlebt. Einerseits finden sich typische Erlebniskategorien, etwa Verlustängste, Angst vor Zurückweisung oder Ablehnung, oft bereits vor dem Hintergrund einer gewalttätigen Vergangenheit, die die Wahrnehmung einer Situation noch zusätzlich verzerren kann, andererseits aber auch psychotische Verarbeitungen im Sinne von Wahngeschehen, Verkennung oder Halluzinationen. Zusätzlich besteht in psychiatrischen Einrichtungen noch die Möglichkeit, dass der Patient Zwangsmaßnahmen unterworfen werden kann, was die Angst vor Kontroll- und Autonomieverlust im betroffenen Menschen noch zusätzlich schürt. Dadurch steigt die Anspannung beim Patienten, aber überwiegend auch bei der betroffenen Pflegeperson. Wird diesem Hochschaukeln nicht Einhalt geboten, ist eine Eskalation beinahe unvermeidlich. Schank fasst die Grundproblematik in einem knappen Satz treffend zusammen: „Viele aggressive Patienten sind einfach hochgradig angespannte Menschen mit starken, uns Pflegenden oft unbekannten Hintergrundängsten“ (Schank, 2008, 153).

Zwangsmaßnahmen von Seiten des Pflegepersonals sind ein Problem, das in der Betrachtung der Situation nicht außer Acht gelassen werden kann. Durch derartige Maßnahmen, wie etwa Fixierungen, die Isolierung in einem Netzbett oder Zwangsmedikation, werden die handelnden MitarbeiterInnen in die Rolle der Aggressionsausübenden gedrängt, wenn auch natürlich gesetzlich legitimiert. Gleichzeitig wird auch der weitere Verlauf der Beziehung zwischen PatientIn und Betreuenden verändert (Rupp & Rauwald, 2004, 27-43). Besonders dieser sensible Bereich sollte möglichst professionell abgehandelt werden. Die Entwicklung

fachgerechter Leitlinien wäre, so nicht vorhanden, dringend notwendig (Dinkel & Schmid, 2006, 46-50).

Die Phänomene Aggression und Gewalt mögen im Pflegeberuf nicht verhinderbar sein, vermindert sind sie aber auf jeden Fall. Um dieses Ziel zu erreichen, sind MitarbeiterInnen von Gesundheitsberufen vermehrt zu diesem Thema zu sensibilisieren, ist noch viel Forschungsarbeit zu leisten, müssen unterschiedliche Aspekte genau ausgeleuchtet werden.

Gegenwärtig beschäftigt sich die Pflegeforschung nicht nur mit der Frage, ob Aggression und Gewalt erlebt werden, sondern auch mit Fragen nach Art und Schwere, nach Häufigkeit, nach dem individuellen Umgang und nach den Auswirkungen auf Betroffene. Die meisten dieser Daten sind alarmierend, positiv ist daher dass sich die Forschung auch mit den Gesichtspunkten des Aggressionsmanagements, der Aggressionsverminderung, im Idealfall der Aggressionsvermeidung auseinandersetzt

2.3.1. Formen und Häufigkeit erlebter Aggression

Internationale Studien zeigen, dass die Thematik der Aggression gegen Pflegenden weltweit in den Aufmerksamkeitsbereich rückt. Die Studien von Stefan und Dorfmeister zeigen ebenfalls eine hohe Evidenz für den Wiener KAV, den zweitgrößten Arbeitgeber Österreichs. Alle Disziplinen und Betriebsstellen erleben aggressive Ereignisse, wenn auch in unterschiedlicher Intensität. Besonders häufig scheint aggressives Verhalten auf psychiatrischen und Notfallstationen aufzutreten. Eine in der deutschsprachigen Schweiz durchgeführte Studie zeigt, dass von 729 Befragten einer psychiatrischen Einrichtung 70% in Ausübung des Dienstes körperlich angegriffen wurden (Abderhalden et al., 2002, 113). Eine an einer Notfallstation in Irland durchgeführte Studie zeigt, dass in dem der Befragung vorangehenden Monat 89% der Befragten mit verbaler, 23% mit körperlicher Aggression konfrontiert waren (vgl. Ryan & Maguire, 2006, 111).

Aggression und Gewalt finden sich in allen Bereichen der Pflege, so zum Beispiel auch in der Geriatrie. Eine Studie zeigt bei 340 MitarbeiterInnen in Pflegeheimen in der deutschsprachigen Schweiz ebenfalls dramatische Ergebnisse. 69% der MitarbeiterInnen gaben an, dass sie regelmässig mit verbaler Aggression konfrontiert wurden. 50% dieser MitarbeiterInnen berichteten über Erfahrungen mit regelmässiger physischer Aggression (vgl. Sprenger, 2001, 22-24).

Gleichzeitig zeigen Untersuchungen, dass das Auftreten dieses Phänomens durch diagnostische Gegebenheiten noch verschärft werden kann. So zeigen PatientInnen mit organischen Störungen und Demenzen verminderte Impulskontrolle und um 21% höhere Aggressionsraten. Bei PatientInnen auf Alzheimer-Stationen kommt aggressives Verhalten signifikant häufiger vor als in der Gesamteinrichtung (vgl. Chou et al. 1996, 35-36). Auch eine Studie in Pflegeheimen und Langzeitpflegeeinrichtungen in den USA zeigt ein hohes Aggressionsvorkommen: 58,2% der Pflegepersonen hatten im beruflichen Zusammenhang Erfahrung mit aggressiven Angriffen in den letzten 12 Monaten, welche starke Schmerzen, Cuts und Blutungen verursachten. 66,2% erlebten physische Kontakte mit leichten Schmerzen, oberflächliche Abschürfungen und Kratzer (vgl. McCall & Horwitz, 2004, 357-366).

Im österreichischen Gesundheitswesen sind derartige Zahlen bisher eher selten gewesen, zwei umfassende Studien zeigen allerdings ein ähnliches Bild (Dorfmeister 2009, Stefan, 2009). In dieser umfangreichen Untersuchung wurden knapp 4000 Mitarbeiter des Wiener KAV mittels unterschiedlicher Erhebungsinstrumenten befragt.

Nach einer Untersuchung einer westfälischen Unfallversicherungsanstalt sind in psychiatrischen Kliniken gewaltsame Übergriffe durch Patienten mit 40 % die häufigsten Arbeitsunfälle (Schirmer et al., 2006, 14). Allerdings sind nicht alle Personengruppen gleich häufig betroffen, einige Gruppen scheinen gefährdeter als andere. Vor allem jüngere, berufsunerfahrene Mitarbeiter sind von gewaltsamen Übergriffen betroffen. Dass die Erfahrung der Mitarbeiter eine Rolle spielt lässt sich auch daran zeigen, dass Auszubildende offenbar ein 2,5-fach erhöhtes Risiko haben (Richter & Berger, 2001, 696).

Nicht nur körperliche Übergriffe, wie Kratzen, Spucken, Beißen oder Schlagen, werden erlebt. Pflegende beschreiben häufig auch verbale Übergriffe. Sie werden von PatientInnen /BewohnerInnen beschimpft oder erleben ungerichtetes Schreien oder Beschimpfen während Pflegehandlungen. Auch von Seiten der Angehörigen kommt es immer wieder zu gewaltsamen Übergriffen, auch weil diese, besonders bei Pflegeheimaufnahmen, den aufgenommenen Angehörigen gegenüber Schuldgefühle und Gewissensbisse empfinden (Neubert, 2005, 15).

2.3.2. Auswirkungen erlebter Aggression

Ähnlich wie bei der Aggressionsinzidenz sind aussagekräftige Studien zu den Auswirkungen erlebter Gewalt auf die betroffenen Pflegepersonen eher spärlich, in Österreich nicht vorhanden. Aufgrund der vorhandenen Studien ist anzunehmen, dass auch im österreichischen Zusammenhang Probleme für Organisationen und Mitarbeiter wie Fehlzeiten, posttraumatische Belastungsstörungen, Burn Out und Berufsausstieg bestehen. International zeigt sich ein entsprechendes Bild. So zeigt sich in einer Untersuchung, dass von den tödlich angegriffenen Pflegepersonen 45% keine Verletzung, 46% kleinere Verletzungen und 9% schwere Verletzungen aufwiesen. 7-11% der angegriffenen MitarbeiterInnen konnten den Dienst nicht versehen (vgl. McKenna et al., 2003, 56-63). Pflegepersonen sind die häufigsten Nutzer gewaltbedingter Ausfälle (46 pro 10000 ArbeitnehmerInnen). Männliches Personal ist nahezu doppelt so oft mit aggressiven Verhalten konfrontiert wie weibliches Personal (Carmel & Hunter, 1989, 6).

Verschiedene Befragungen haben ergeben, dass die meisten Mitarbeiter, die Gewalt und Aggressionen erfahren, dies vor allem als psychische Belastung und als Bedrohung erleben, deutlicher und schwerer als die physische Komponente (vgl. Needham et al, 2005, 283-296). Andere Untersuchungen zeigten auf, dass die Auswirkungen von Aggressions- und Gewalterfahrungen die psychische und körperliche Gesundheit (Richter & Berger, 2001, 693-699), die Berufsmotivation von Pflegepersonen (Whittington & Higgins, 2002, 37-40) und die Pflegequalität (Arnetz & Arnetz, 2001, 417-427) negativ beeinflussen.

Ein weiterer Aspekt von Aggression und Gewalt gegenüber Mitarbeitern in Gesundheitsberufen sind finanzielle Verluste für die Gesundheitseinrichtungen durch z.B. Ausfallzeiten aufgrund von Verletzungen, Burn out etc. (vgl. McKenna, 2004, 56-63).

2.3.3. Pflegerischer und pflegewissenschaftlicher Umgang mit Aggression und Gewalt

In den letzten Jahren professionalisiert sich der Pflegeberuf in Österreich zusehends, ein Teil dieser Professionalisierung ist auch der systematische Umgang mit dem Phänomen Aggression. Einerseits werden Erklärungen gesucht, Tatsachen geklärt und Probleme offen gelegt, gleichzeitig werden aber auch praktikable Instrumente gesucht, um im pflegerischen Alltag gezielt und systematisch mit diesem Problem umgehen zu können. Im Pflegeprozess

hat das Phänomen inzwischen den notwendigen Stellenwert bekommen, im internationalen, aber auch im nationalen Bereich kommen immer häufiger professionelle Assessmentinstrumente zum Einsatz, zum Beispiel bei der groß angelegten Studie von Dorfmeister und Stefan 2008 im Wiener KAV, wo die Erhebungsinstrumente POAS, POPAS und SOAS-R eingesetzt wurden. Die systematische Betrachtung soll den in der Pflege Tätigen helfen, eine enttabuisierte, professionelle Sichtweise zu entwickeln, Standards und Leitlinien zu erarbeiten, zu erproben und zu evaluieren und den state of the art der Gegenwart und der Zukunft zu sichern. Erste Leitlinien wurden bereits entwickelt, etwa eine „Leitlinie für die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nach §33 ff UbG“ (Stefan, Schrenk, 2009), die im KAV bereits verbindlich eingesetzt wird.

2.3.3.1. Aggression und Gewalt in der Pflegediagnostik

Seit 1980 wurden in der NANDA-Klassifikation Diagnosen zum Thema festgelegt:

Gewalt gegen andere, Risiko (1980)

Selbstverstümmelung (1992)

Gewalt gegen sich, Risiko (1994)

In neueren Klassifikationssystemen wie POP – Praxisorientierte Pflegediagnostik (Stefan et al., 2009) finden sich zum Thema folgende Pflegediagnosen:

- PD 60081 Aggression gegen andere, Risiko

Interessant ist dabei die Definition der Autoren: „Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch durch eigenes Verhalten (verbal, nonverbal oder körperlich) ein Risiko hat, anderen Menschen oder fremdem Eigentum Schaden zuzufügen. (Die Schädigung kann von Vernachlässigung über Misshandlung bis zum Tod reichen und sowohl psychischer wie physischer Natur sein.)“ (Stefan et al., 2009, 413).

- PD 60091 Aggression gegen sich, Risiko

Die Risikofaktoren für obenstehende Pflegediagnosen sind für die Autoren vielfältig, einige seien hier exemplarisch angeführt:

- Angst
- Erlernte negative Strategien im Umgang mit Stresssituationen

- Halluzinationen
- Wahnvorstellungen
- Aufregende Situationen
- Realitätsverkennung
- Unwirksame Copingstrategien
- PD 60101 Selbstschädigung, Risiko
- PD 60102 Selbstschädigung

Bei beiden angeführten Selbstschädigungs-Diagnosen findet sich folgende Definition der Autoren: „Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch einem Risiko ausgesetzt ist, sich selbst ohne Selbstmordabsicht Schaden zuzufügen. Die mögliche Selbstschädigung wird dabei als Instrument zum Erreichen eines Zieles eingesetzt: z.B. zum Spannungsabbau, um sich selbst wahrzunehmen oder um Druck auf andere auszuüben.“ (Stefan et al., 2009, 428).

- PD 60111 Suizid, Risiko

Suizid und Selbstschädigung sind zwar nicht unmittelbar gegen MitarbeiterInnen gerichtet, können allerdings in ihren Auswirkungen als aggressiver Akt empfunden werden und auch traumatisierend wirken. (Stefan et al., 2009, 439).

2.3.3.2. Assessmentinstrumente

Um das Phänomen Aggression im Gesundheitsbereich möglichst gut erfassen und beschreiben zu können, um daraus Handlungsvorgaben abzuleiten muss der Umgang damit auf eine breite professionelle Basis gestellt werden. Eine rein subjektive Beschreibung und Erfassung hat sich offensichtlich nicht als zielführend erwiesen. Derartige Beschreibungen finden sich etwa im psychiatrischen Bereich seit Beginn schriftlicher Dokumentationen. Eine evidenzbasierte Betrachtung gibt es in einem nennenswerten Umfang international seit den 1980er Jahren, im deutschsprachigen Raum seit Ende der 1990er Jahre. Besonders in Skandinavien wurden früh wesentliche, inzwischen gut evaluierte Assessmentinstrumente entwickelt.

2.3.3.2.1. Staff Observation of Aggression Scale -Revised SOAS-R

1987 von Palmstierna und Wistedt entwickelt und testtheoretisch überprüft und überarbeitet, dient der SOAS-Bogen der Erfassung von Aggressions- und Gewaltereignissen (vgl. Palmstierna & Wisted, 1987, 657-663). Seit 1999 ist die überarbeitete Version SOAS-R im Einsatz (siehe Anhang) (vgl. Nijman et al., 1999, 197-209). In der Praxis ist dieser Erfassungsbogen sehr einfach einsetzbar und schnell auszufüllen. Erhoben werden Faktoren wie Aggressionsort, -zeit, -schwere oder -art. Auch wer das Ziel der Aggression ist und wie sich das Ereignis für Täter und Opfer auswirkt wird abgefragt. Aus den Ergebnissen lassen sich nicht nur theoretische Schlüsse ziehen, aus diesen Schlüssen lassen sich auch konkrete Handlungsmöglichkeiten ableiten. So kann einer zeitlichen Häufung möglicherweise durch Veränderung der Organisationsabläufe oder der Verstärkung der Personalpräsenz begegnet werden. Weiters lassen sich besonders riskante Räumlichkeiten festmachen und eventuell durch Umorganisation entschärfen. Besonders in Langzeitstudien zeigt sich, dass durch die dauernde Erfassung von Aggressionsereignissen die Sensibilität gegenüber dieser Thematik wächst. Weiters werden auch Unterschiede in der Häufigkeit sehr anschaulich dargestellt (vgl. Nijman et.al, 2005, 12-21). Eine niederländische Studie aus den 1990er Jahren zeigt einen Effekt bereits nur durch den Einsatz des Erfassungsbogens, auch ohne gleichzeitiges Deeskalationstraining. Es wurden drei Stationen untersucht, die Mitarbeiter einer davon erhielten Deeskalationstraining. Insgesamt sank die Zahl der Vorfälle auf allen drei Stationen, der Unterschied zwischen der Experimentalstation mit Training und den Kontrollstationen ohne Training war nicht signifikant (vgl. Nijman et al., 1997, 694-698).

2.3.3.2.2. Broset-Violence-Checklist (BVC)

Ein wesentliches Ziel in akutpsychiatrischen Einrichtungen sollte die frühzeitige Identifizierung möglichen gewalttätigen Verhaltens sein. Die in Norwegen entwickelte Broset-Violence Checklist dient der kurzfristigen subjektiven Einschätzung möglicher physischer Angriffe durch einen Patienten. Dabei werden Verhaltensweisen erfasst, die im Vorfeld aggressiver Ereignisse häufig beobachtet werden konnten, wie etwa lärmendes Verhalten, Reizbarkeit oder Drohen. Eine Einschätzung wird während der ersten drei Aufenthaltstage, dem Zeitraum des höchsten Risikos, mindestens zweimal täglich vorgenommen. Ein zu dieser Checklist gehöriger Schieber ermöglicht es, aufgrund der

ermittelten Punktezahl die momentane Gefährlichkeit einzuschätzen. Die BVC ist eines der wenigen in der Praxis einfach und schnell anwendbare Instrument zur Vorhersage von Gewaltereignissen (vgl. Almvik & Woods, 1998, 2003). Zwei Aspekte der BVC scheinen hingegen diskussionswürdig: Nach der von Almvik empfohlenen Interpretation sind bei recht vielen Patienten präventive Maßnahmen angezeigt. Angesichts des nicht unerheblichen Anteils falsch-positiver Einschätzungen besteht das Risiko ungerechtfertigter freiheitseinschränkender Maßnahmen, was aus ethischer Sicht problematisch ist. Gleichzeitig stützt sich die BVC auf möglichst objektiv beobachtbare Verhaltensweisen, Erfahrungswissen der Pflegepersonen oder auch Umgebungsfaktoren werden nicht berücksichtigt.

2.3.3.2.3. Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS)

Der POPAS-Fragebogen erfasst in 18 Fragen in welcher Form und in welcher Häufigkeit MitarbeiterInnen im Gesundheitsbereich im beruflichen Umfeld aggressives und/oder gewalttätiges Verhalten von PatientInnen wahrnehmen. 16 dieser Fragen beschäftigen sich unmittelbar mit aggressiven Verhaltensweisen. Dabei reicht das Spektrum von verbaler Gewalt über sexuelle Übergriffe, schwere Gewalttätigkeit bis zu autoaggressiven Akten wie etwa Suizid. Zwei Fragen dienen der Erfassung der direkten Betroffenheit, einerseits der Zahl der möglichen Fehlzeiten durch aggressive Ereignisse, andererseits der Einschätzung, in welchem Grad in der jeweiligen Einrichtung derartige Vorfälle systematisch erfasst werden (vgl. Oud et al., 2005, 217-227).

2.3.3.2.4. Fragebogen über die Einstellung gegenüber aggressivem Verhalten von Patientinnen und Patienten

Mittels des von Beech & Thackrey entwickelten und von Zeller ins deutsche übersetzten Fragebogens werden unterschiedliche Daten erhoben. Im ersten Teil finden sich grundsätzliche Fragen zu Berufserfahrung, beruflicher Funktion, Klientel, Arbeitsbereich sowie zur Erfahrung mit Gewalt am Arbeitsplatz. Im zweiten Teil werden mittels 25 Items Einstellung und Verhalten gegenüber aggressivem Verhalten von Patienten abgefragt, im dritten Teil mittels 10 Items die Empfindungen im Umgang mit aggressiven Patienten (vgl. Thackrey, 1987, 57-60).

2.3.3.3. Aggressions- und Deeskalationsmanagement

Deeskalationsmanagement hat etwa in Großbritannien in psychiatrischen Einrichtungen seit den 1980er Jahren eine gewisse Tradition. Im österreichischen Gesundheitswesen, auch in den psychiatrischen Institutionen, war ein derartig systematisierter Umgang mit dem Thema bis in die unmittelbare Vergangenheit unbekannt. 2004 wurden im Wiener KAV erstmals 21 Trainer und Trainerinnen – ein Arzt und 20 Pflegepersonen aus dem psychiatrischen Bereich – für Aggressions-, Gewalt- und Deeskalationsmanagement ausgebildet. Im Zuge dieser Ausbildung wurden in 400 Stunden Fähigkeiten wie Kommunikationstechniken, Selbst- und Fremdwahrnehmung oder Deeskalationsstrategien gelehrt. Auch körperliche Befreiungs- und Fixierungstechniken waren Teil der Ausbildung. In einer Multiplikatorfunktion wurden in Folge mehr als 80 Prozent der Mitarbeiter des OWS in einem Basiskurs geschult. Die Bedeutung des Themas Aggression im Gesundheitswesen wird auch dadurch untermauert, dass die Trainer im Gesundheits- und Sozialbereich im gesamten österreichischen Bundesgebiet tätig werden – bei steigender Nachfrage. Reges Interesse an derartigen Schulungen zeigt sich auch außerhalb der Krankenhäuser, etwa in den Bereichen Obdachlosenbetreuung, Drogenarbeit oder Streetwork, mehrere hundert Mitarbeiter aus derartigen Bereichen wurden in Wien bereits trainiert.

Den Mitarbeitern der psychiatrischen Einrichtungen werden fünftägige Basiskurse angeboten. Abgeleitet von in Großbritannien praktizierten control- and restraint-methods wurde in den Niederlanden ein eigenes Ausbildungsprogramm entwickelt. Diese Basisausbildung umfasst 40 Stunden, darin enthalten sind theoretische Inhalte zu den Themen Aggressionsentstehung, Konfliktlösung, Gesprächstechniken, aber auch Selbstreflexion, Grundeinstellung und Menschenbild. Im praktischen Ausbildungsteil werden sehr viele Abwehr- und Befreiungstechniken -etwa gegen Würgen, Umklammern, Haare reißen- gelehrt, aber auch Fixier- und Haltetechniken. Oberster Grundsatz dabei ist, diese Techniken möglichst schmerzfrei, zumindest aber schmerzarm, nicht Atem hindernd und möglichst patientInnenschonend durchzuführen (vgl. Oud, 2003).

Internationale Studien zeigen die Wichtigkeit derartiger Ausbildungen. Eine Studie von Fitzwater& Gates verdeutlicht zwei wesentliche Aspekte: Einerseits ein erhöhtes Vorkommen aggressiver Vorfälle während Pflegehandlungen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) wie Kleiden, Lagern oder Essen (33% der erhobenen Vorfälle). Andererseits

konnte die Inzidenz derartiger Ereignisse bereits durch ein vierstündiges Deeskalationstraining verringert werden (vgl. Fitzwater & Gates, 2002, 18-23).

Die Untersuchung des Effektes eines viertägigen Deeskalationstrainings zeigte eine signifikante Verbesserung im Management von Aggressionseignissen (vgl. Needham et al., 2004, 598-599). Studien belegen, dass Deeskalationstraining zwei wesentliche Wirkungen zeigt: Einerseits ein erhöhtes subjektives Sicherheitsgefühl der MitarbeiterInnen, andererseits eine drastisch verringerte Verletzungsquote bei MitarbeiterInnen und PatientInnen (vgl. Richter & Berger, 2004, 127-137).

Ein wichtiger Effekt ist Reduzierung von Angst und Unsicherheit. Befragte Mitarbeiter werteten in einer Untersuchung diesen Effekt an oberster Stelle (vgl. Grube, 2001, 867-871, Zeller, 2006, 251-258). Angst hindert die Pflegeperson, sich empathisch einzufühlen und Handlungen zu setzen, die die Situation deeskalieren könnten. Auch fällt es unter Angstbedingungen sehr schwer, positive Anknüpfungspunkte, eine Grundvoraussetzung für eine weiterführende Kommunikation, zu finden (vgl. Grube, 2001, 867-871).

Weiters von Bedeutung ist eine gesteigerte Selbstreflexionsfähigkeit, häufigeres Hinterfragen der eigenen Tätigkeit und ein (selbst-)kritischerer Umgang mit Aggression (vgl. Richter, 2004, 127-137).

Nicht zuletzt ist zu erwarten, dass längerfristig insgesamt die Zahl der schweren, eskalierenden Aggressionsfälle und dadurch auch die Zahl der verletzten Mitarbeiter sinken. Diese Zahl schwankt in den Studien zu den Fragen Arbeitsausfälle und ärztlicher Behandlungsnotwendigkeit zwischen 9 bzw. 7 Prozent (vgl. Steinert et al., 2004, 1-5) und 4,6 bzw. 10% (vgl. Richter & Berger, 2001, 693-699). Unter Umständen langfristig folgenschwerer, jedoch auch kaum erforscht, ist die psychische Belastung durch derartige Vorfälle. Eine Studie von Caldwell in den USA zeigt nach den Kriterien nach DSM III eine manifeste posttraumatische Belastungsstörung bei 10 Prozent der im Versorgungsbereich einer psychiatrischen Klinik in den Vereinigten Staaten Beschäftigten (Caldwell, 1992, 838-839). Europäische Studien liegen dazu nicht vor, allerdings ist noch nicht klar ob diese Zahlen tatsächlich auf europäische Verhältnisse umzulegen sind.

Logisch abzuleiten, aber im europäischen Raum kaum seriös untersucht, wäre die Annahme, dass in Folge eines professionellen Umgangs auch die MitarbeiterInnenzufriedenheit insgesamt steigt. Davon wäre nicht nur das Individuum betroffen sondern auch die

Organisation könnte deutliche Vorteile generieren. Sinkende Fehlzeiten, geringere Burn-Out-Raten, längere Berufsverweilzeiten sind nur einige der möglichen Gewinne.

3. Empirischer Teil

Zum besseren Verständnis der erhobenen Stichprobe ist ein kurzer Blick auf die Gesundheitsversorgung durch den Wiener KAV notwendig. Der KAV betreibt 12 Spitäler und 11 Geriatriezentren mit rund 32.000 Beschäftigten. Pro Jahr werden rund 3,8 Millionen Menschen ambulant und circa 400.000 Menschen stationär betreut. Das Sozialmedizinische Zentrum Baumgartner Höhe - Otto Wagner Spital mit Pflegezentrum, kurz OWS genannt, übernimmt den größten Teil der stationären psychiatrischen Versorgung Wiens (KAV, 2010).

Die psychiatrische Versorgung erlebte in den vergangenen Jahrzehnten eine beinahe revolutionäre Veränderung. Gab es 1980 noch über 3.000 Psychiatriebetten in Wien so sind es heute im Zeichen der „offenen Psychiatrie“ nur mehr rund 900 Betten für Erwachsene und 64 Betten für Kinder und Jugendliche. Erfolgt bis in die frühen 1980er Jahre der überwiegende Teil der Aufnahmen zwangsweise, so hat sich der Prozentsatz heute gedreht, nur mehr circa 20 Prozent der Aufnahmen erfolgen gegen den Willen des Patienten. Pro Jahr werden circa 12.000 Menschen in den stationären psychiatrischen Einrichtungen aufgenommen.

Psychiatrische Patienten werden im Wesentlichen auf zwei Schienen betreut, auf einer stationären in den Krankenhäusern und einer ambulanten durch die Psychosozialen Dienste (PSD). Diese Einrichtungen wurden regionalisiert, das bedeutet, dass für die unterschiedlichen Wohnbezirke jeweils zuständige Einheiten definiert sind. Diese Regionalisierung, die seit den frühen 1980er Jahren läuft, ist im stationären Bereich noch nicht gänzlich vollzogen. Tatsächlich in Allgemeinkrankenhäuser ausgegliedert sind erst zwei der acht Regionalabteilungen, die restlichen fünf befinden sich weiterhin im OWS. Für die vorliegende Untersuchungen wurden im Jahr 2005 zwei allgemeinpsychiatrische Akut- und Aufnahmestationen mit vergleichbarem Klientel herangezogen, die Aufnahmestation der 1. Psychiatrischen Abteilung, zuständig für die Versorgung der Wohnbezirke 1 und 4-9 sowie die Aufnahmestationen der 5. Psychiatrischen Abteilung, die Stationen 24/2 und 24/3, die, noch zusätzlich nach Geburtsjahrgang differenziert, für die Bezirke 3 und 11 zuständig sind.

3.1. Forschungsdesign

Der erste Teil der Erhebungen, die Erfassung aggressiver Ereignisse mittels SOAS-R wurde als unizentrische Studie mittels standardisiertem Fragebogen an zwei Abteilungen des Otto Wagner Spital des Wiener KAV erhoben. Der SOAS-R-Bogen ist ein Erhebungsinstrument, bei dem grundlegende statistische Daten wie Alter, Geschlecht usw. abgefragt werden und zusätzlich fünf Frageblocks das erfasste Ereignis beschreiben. Dabei werden Auslöser der Aggression, Ziel der Aggression, eingesetzte Mittel, Konsequenzen für Opfer, und Maßnahmen um die Aggression zu stoppen abgefragt. Jeder der Frageblocks bietet mehrere Antwortmöglichkeiten, mindestens eine Antwort muss angekreuzt werden. Zusätzlich wird auf einer Visual Analog Scale (VAS) von 1-10 die Einschätzung der Schwere des Ereignisses und der Ordnungsgrad des Ablaufes im Umgang mit dem Ereignis erhoben (siehe Anhang). Ausgefüllt wurden die SOAS-Bögen von MitarbeiterInnen, die Betroffene oder Zeugen eines aggressiven Aktes wurden.

Geplant war an den beiden untersuchten Stationen eine möglichst dichte Erfassung der auftretenden Aggressionseignisse, auch gegen anfänglich hohen Widerstand bei den betroffenen Personen. Im Zeitraum 2005 wurden an der 1. Psychiatrischen Abteilung 337 aggressive Ereignisse erfasst, an der 5. Psychiatrischen Abteilung 224 Ereignisse. Der Unterschied in der Fallzahl ergibt sich hauptsächlich aus den unterschiedlichen Einwohnerzahlen der zu versorgenden Region und den daraus resultierenden unterschiedlichen Aufnahmezahlen und Pflanzetagen.

Der zweite Teil der Erhebung mittels „Fragebogen über die Einstellung gegenüber aggressivem Verhalten von Patientinnen und Patienten“ (siehe Anhang) wurde in der Zeit von 2005-2008 im Zuge von Deeskalationstrainings erhoben. Dieses Erhebungsinstrument ist in drei Teile gegliedert. Im ersten Teil werden Personendaten wie Alter, Geschlecht oder Arbeitsbereich und Erfahrungen mit Gewalt und Aggression abgefragt. Im zweiten Teil werden Einstellung und Verhalten gegenüber aggressivem Verhalten von PatientInnen mittels einer sechsteiligen Likert-Skala erhoben, im dritten Teil werden mittels einer fünfteiligen Likert-Skala Empfindungen im Umgang mit aggressiven PatientInnen erfragt.

Die Stichprobe von $n = 745$ bestand aus TeilnehmerInnen von drei- bis fünftägigen Deeskalationskursen, die zu Beginn und am Ende der Seminare befragt wurden. Die

TeilnehmerInnen rekrutierten sich aus MitarbeiterInnen aller Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens, überwiegend aus dem pflegerischen Bereich.

3.2. Stichprobenbeschreibung und Ergebnisse der SOAS-R-Auswertung

3.2.1. Einzugsgebiet, Leistungsdaten und Inzidenzraten

Alle Abteilungen am OWS sind für die stationäre psychiatrische Versorgung mehrerer Wohnbezirke Wiens zuständig. Zusätzlich werden Menschen ohne Meldeadresse nach Anfangsbuchstaben des Familiennamens den unterschiedlichen Regionalabteilungen zugeordnet. Insgesamt befinden sich im OWS fünf Regionalabteilungen, zwei weitere Regionalabteilungen wurden bereits in Allgemeinkrankenhäuser ausgegliedert.

Die 1. Psy. Abt. ist regional für die Bezirke 1 sowie 4-9, bei Patienten ohne Meldeadresse nach Namenszuordnung für die Buchstaben P, T, U, V, X, Y, Z zuständig, die 5. Psy. Abt. regional für die Bezirke 3 und 11, nach Namenszuordnung für die Buchstaben M und N, und als Besonderheit für alle namenlosen Patienten.

Bevölkerung Einzugsgebiet	Absolut	Prozent
1.Psy.Abt.	222.854	13,21
5.Psy.Abt.	171.839	10,18
Wien Gesamt	1.687.271	100

Tabelle 1: Bevölkerung Einzugsgebiet

Quelle: wien.gv/statistik

Von der Bevölkerungszahl unterscheiden sich die Einzugsgebiete der beiden Abteilungen mit einem Unterschied von 29,69 Prozent zu Gunsten der 1. Psy. Abt., deutlich, von der Altersverteilung eher geringgradig. Ähnlich zeigt sich auch der Unterschied in der Aufnahmezahl, die Zahlen der 1. Psy. Abt. sind um 38,21 Prozent höher als die der 5. Psy. Abt.

Altersverteilung im Einzugsgebiet

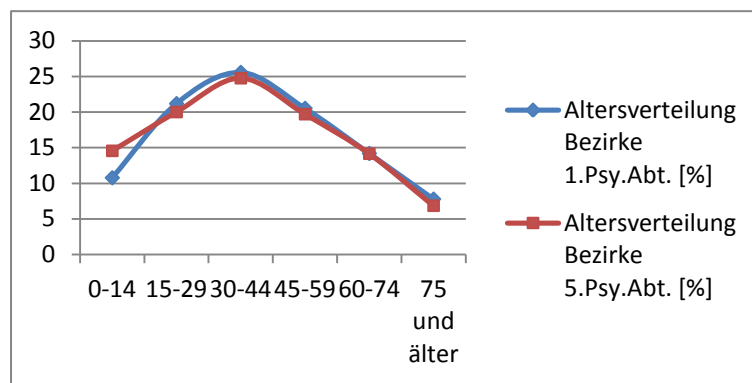


Abbildung 1: Altersverteilung im Einzugsgebiet

Die Aufnahmezahlen, die Vorfälle pro Kalendertag und auch die Pflegetage zeigen doch eine klare Differenz, umgerechnet auf Vorfälle pro 1000 Pflegetage oder auch auf Vorfälle pro Aufnahme sind die Unterschiede jedoch nur mehr sehr gering.

Inzidenzraten	Gesamtvorfälle	Pflegetage	Aufnahmen	Vorfälle/1000 Pflegetage	Vorfälle/Aufnahme	Vorfälle/ Tag
1.Psy.Abt	337	23455	1295	14,37	0,26	0,92
5.Psy.Abt.	224	18289	937	12,25	0,24	0,61

Tabelle2: Inzidenzraten

3.2.2. Häufigkeit, Verteilung

Nach der gesichteten Literatur ist bei der Verteilung der Aggressionsvorfälle nach Geschlecht zu erwarten, dass Männer häufiger (Fremd-)Aggression ausüben, besonders die Testosteronhypothese spricht für diese Annahme.

3.2.2.1. Häufigkeit nach Geschlecht

Häufigkeit nach Geschlecht 1. Psy.Abt.	Frauen	Männer	Gesamt
Absolut	136	201	337
Prozent	40,36	59,64	100

Tabelle 3: Häufigkeit nach Geschlecht 1. Psy.Abt.

Die Daten der 1.Psy.Abt. bestätigen die in der Literatur beschriebenen Ergebnisse mit einer Verteilung von 40,36 Prozent Frauen und 59,64 Prozent Männern klar.

Häufigkeit nach Geschlecht 5. Psy. Abt.	Frauen	Männer	Gesamt
Absolut	120	104	224
Prozent	53,57	46,43	100

Tabelle 4: Häufigkeit nach Geschlecht 5. Psy. Abt.

Überraschend ist das Ergebnis der 5. Psy. Abt. Hier zeigt sich ein deutlicher Überhang der durch Frauen gesetzten aggressiven Akte, aus der Literatur wäre ein anderes Ergebnis zu erwarten.

3.2.2.2. Anteil der Autoaggression an den Gesamtfällen

Untersuchungsgegenstand sind hier jene Fälle, die isoliert nur gegen die Person selbst gerichtet waren ohne dass andere Personen oder Gegenstände mit betroffen waren.

Anteil der autoaggressiven Vorfälle 1. Psy.Abt.	Gesamtfälle absolut	Gesamtfälle Prozent	Autoaggression Absolut	Autoaggression in Prozent
Frauen	136	40,36	6	4,41
Männer	201	59,64	3	1,49

Tabelle 5: Anteil der autoaggressiven Vorfälle 1. Psy.Abt.

An der 1. Psy. Abt. ist die Gesamtzahl der autoaggressiven Vorfälle, die sich nur gegen die PatientInnen selbst richten, sehr gering und verändert die Geschlechterverteilung nur unwesentlich.

Anteil der autoaggressiven Vorfälle 5. Psy.Abt.	Gesamtfälle absolut	Gesamtfälle Prozent	Autoaggression Absolut	Autoaggression in Prozent
Frauen	120	53,57	42	18,75
Männer	104	46,43	5	2,23

Tabelle 6: Anteil der autoaggressiven Vorfälle 5. Psy.Abt

Auffällig ist bei Betrachtung der Aggressionsrichtung an der 5. Psy. Abt. der deutlich höhere Anteil an weiblicher Autoaggression, wobei 21 der 42 registrierten autoaggressiven Ereignisse von einer Patientin gesetzt wurden.

Wird die Anzahl der rein autoaggressiven Akte abgezogen finden sich die bereinigten Daten der Geschlechterverteilung wieder im zu erwartenden Bereich, 44,06 Prozent Frauen und 55,94 Prozent Männer.

3.2.2.3. Altersverteilung

Bei der Altersverteilung ist zu beachten, dass im psychiatrischen Versorgungssystem Wiens die Regelung gilt, dass Menschen unter dem vollendeten 18. Lebensjahr an Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilungen versorgt werden, derartige Personen an den Allgemeinpsychiatrischen Akut- und Aufnahmestationen sehr selten sind und überwiegend dann aufgenommen werden, wenn ihr Aggressionspotential für Kinder- und Jugendpsychiatrien zu hoch ist. Zusätzlich sind für Menschen nach dem vollendeten 65. Lebensjahr eigene Gerontopsychiatrische Abteilungen geschaffen, Personen aus dieser Gruppe finden sich eher selten, gelegentliche Aufnahmen an Allgemeinpsychiatrischen Abteilungen erfolgen überwiegend nur in Situationen akuten Bettenmangels.

In den Daten der 1. Psy. Abt. war der älteste Aggressor 83 Jahre alt, der jüngste 20 Jahre, an der 5. Psy. Abt. war der älteste 86 Jahre, der jüngste 21 Jahre alt.

Lebensalter 1. Psy. Abt.

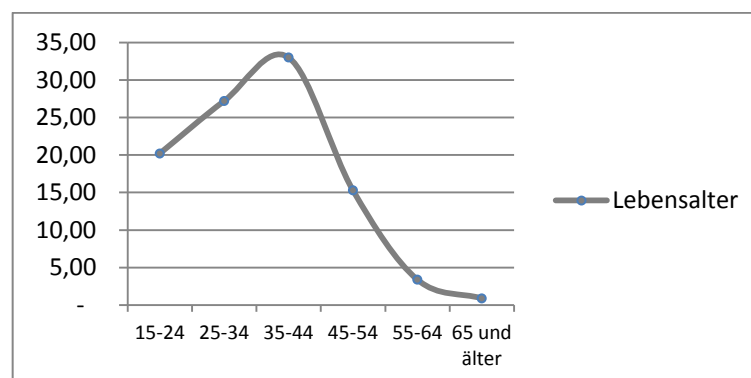


Abbildung 2: Lebensalter 1. Psy. Abt.

Lebensalter 1. Psy. Abt	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 und älter	Gesamt	Durchschnittsalter
Absolut	66	89	108	50	11	3	327	39 Jahre
Prozent	20,20	27,20	33,00	15,30	3,40	0,90	100	
Kumulierte Prozente	20,20	47,40	80,40	95,70	99,10	100,00		

Tabelle 7: Lebensalter 1.Psy. Abt.

Lebensalter 5. Psy. Abt.

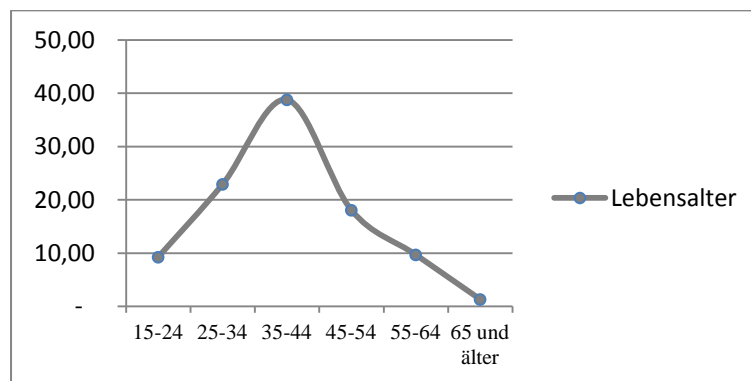


Abbildung 3: Lebensalter 5. Psy. Abt.

Lebensalter 5. Psy. Abt	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 und älter	Gesamt	Durchschnittsalter
Absolut	21	52	88	41	22	3	227	39,5 Jahre
Prozent	9,25	22,91	38,77	18,06	9,69	1,32	100	
Kumulierte Prozente	9,25	32,16	70,93	88,99	98,68	100		

Tabelle 8: Lebensalter 5. Psy. Abt.

3.2.3. Aggressionsziele

Häufigstes Aggressionsziel sind an beiden untersuchten Abteilungen MitarbeiterInnen, auch andere Personen wie MitpatientInnen werden häufig zum Ziel der Aggression. Völlig ungerichtete, ziellose oder isoliert gegen Gegenstände gerichtete Aggressionsakte sind selten, üblicherweise werden diese zumindest von verbaler Aggression begleitet bzw. Gegenstände und Personen gleichzeitig attackiert. Sehr auffällig ist wieder der Anteil der Fälle, in denen die Person selbst betroffen ist, hier allerdings nicht isoliert sondern mit der Möglichkeit mehrerer Ziele zugleich. Hier zeigt sich wieder ein deutlicher Unterschied zwischen der 1. Psy. Abt. mit 4,45% und der 5. Psy. Abt. mit 33,03%. Von den 74 autoaggressiven Vorfällen an der 5. Psy. Abt. wurden 41 von einer Person mit einer massiven Persönlichkeitsstörung verursacht. Würde man diese Fälle außer Betracht lassen, ergäbe sich mit 14,73% noch immer ein deutlicher Unterschied zum Wert der verglichenen Abteilung.

Häufiges Aggressionsziel sind auch andere PatientInnen, an der 1. Psy. Abt. stehen derartige Fälle an zweiter Stelle nach den MitarbeiterInnen.

Aggressionsziele 1. Psy. Abt.

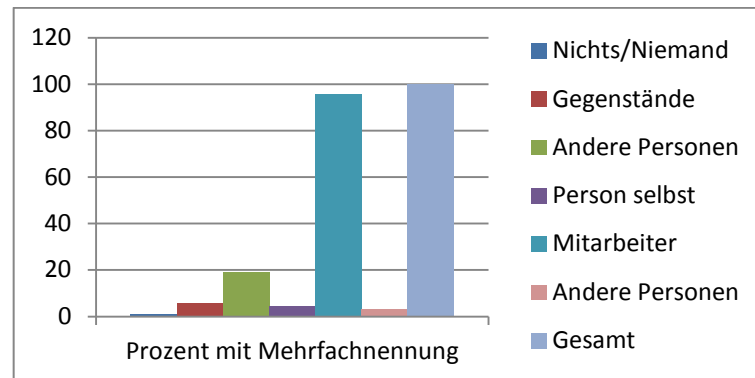


Abbildung 4: Aggressionsziele 1. Psy. Abt.

Aggressionsziele 1. Psy. Abt.	Nichts/Niemand	Gegenstände	Andere PatientInnen	Person selbst	MitarbeiterInnen	Andere Personen
Gesamt	4	19	64	15	322	11
Prozent	1,19	5,64	18,99	4,45	95,55	3,26

Tabelle 9: Aggressionsziele 1. Psy. Abt.

Bei der Zahl der Vorfälle bei denen MitarbeiterInnen betroffen sind, ist noch zusätzlich zu überlegen, dass bei den meisten Fällen mehrere MitarbeiterInnen beteiligt sind, überwiegend Pflegepersonen. Daher ist die Zahl der betroffenen deutlich höher anzusetzen als die reine Fallzahl. Es ist einer der Grundsätze der Deeskalation, in eine aggressive Situation nicht alleine zu gehen. Den Großteil der Zeit ist alleine die Pflege mit mehreren Personen vertreten, daher finden sich in der psychiatrischen Pflege kaum MitarbeiterInnen, die noch nie von Aggression am Arbeitsplatz betroffen waren.

Aggressionsziele 5. Psy. Abt.

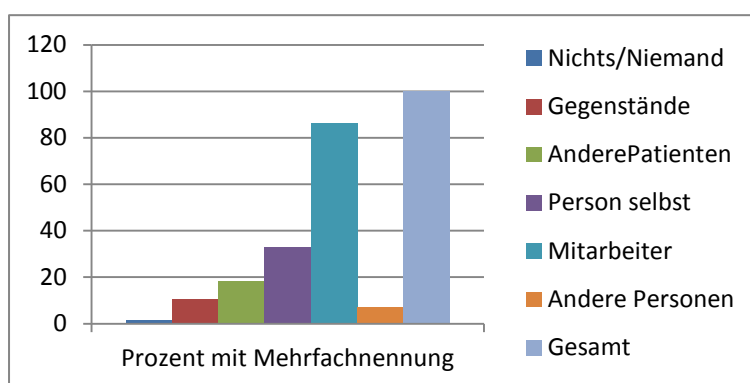


Abbildung 5: Aggressionsziele 5. Psy. Abt.

Aggressionsziele 5. Psy. Abt.	Nichts/Niemand	Gegenstände	Andere PatientInnen	Person selbst	MitarbeiterInnen	Andere Personen
Absolut	3	24	41	74	193	16
Prozent	1,34	10,71	18,3	33,03	86,16	7,14

Tabelle 10: Aggressionsziele 5. Psy. Abt.

3.2.3.1. Aggressionsziel MitarbeiterInnen

MitarbeiterInnen stehen überwiegend im Brennpunkt aggressiver Vorfälle, hauptsächlich sind davon Pflegepersonen betroffen. Unter anderem ergibt sich das auch aus der Tatsache, dass den an einer psychiatrischen Aufnahmestation Tätigen von den PatientInnen auch eine Rolle als Schlichter und Vermittler zugewiesen wird, dass also das Deeskalieren aggressiver Situationen ein Teil der beruflichen Tätigkeit ist. Das bedeutet, dass Pflegepersonen überwiegend nicht die Wahl haben, sich derartigen Situationen zu entziehen, ja aggressive Szenarien bewusst aufgesucht werden müssen. Natürlich auch aufgrund der Präsenz und der großen Patientennähe über 24 Stunden erweist sich die Pflege als hauptbetroffene Berufsgruppe. Unter „sonstiges Personal“ sind Berufsgruppen wie SozialarbeiterInnen, TechnikerInnen, Hol- und Bringdienste, Abteilungshilfen oder Reinigungspersonal zusammengefasst.

Aggressionsziel MitarbeiterInnen 1. Psy. Abt.

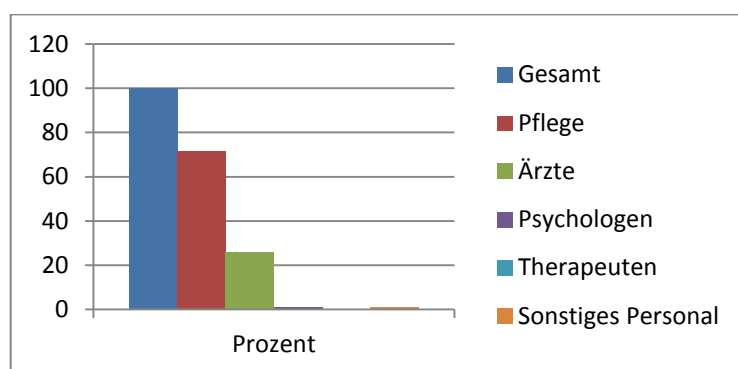


Abbildung 6: Aggressionsziel Mitarbeiter 1. Psy. Abt.

Personal betroffen 1. Psy. Abt.	Gesamt	Pflegepersonen	ÄrztInnen	PsychologInnen	TherapeutInnen	Sonstiges Personal
Absolut	322	231	83	3	1	4
Prozent	100	71,75	25,77	0,93	0,31	1,24

Tabelle 11: Personal betroffen 1. Psy. Abt.

An der 1. Psy. Abt. war in 322 von 337 Gesamtfällen Personal betroffen, an der 5. Psy. Abt. in 193 von 224 Gesamtfällen. Werden im Vergleich zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen, die sehr unterschiedlichen durchschnittlichen Tagespräsenzen gerechnet, müsste die Fallzahl der ÄrztInnen circa mit dem Faktor 1,65 multipliziert werden. Hochgerechnet zeigt sich, dass der Betroffenheitsgrad der ÄrztInnen an der 1.Psy.Abt. 42,53% ausmacht, an der 5. Psy. Abt. 39,32%.

Aggressionsziel MitarbeiterInnen 5. Psy. Abt.

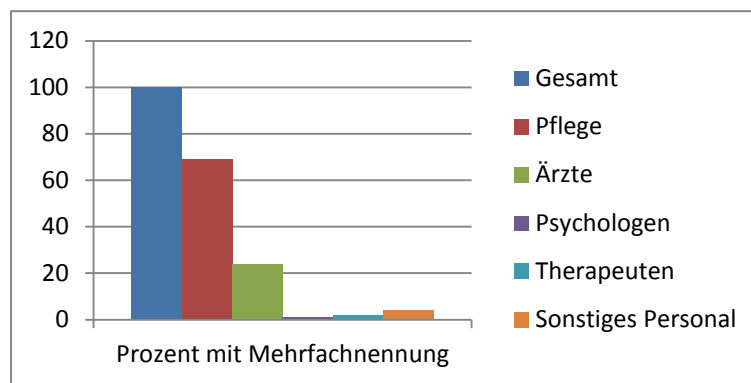


Abbildung 7: Aggressionsziel MitarbeiterInnen 5. Psy. Abt.

Personal betroffen 5. Psy. Abt.	Gesamt	Pflegepersonen	ÄrztInnen	PsychologInnen	TherapeutInnen	Sonstiges Personal
Absolut	193	133	46	2	4	8
Prozent	100	68,91	23,83	1,04	2,07	4,15

Tabelle 12: Personal betroffen 5. Psy. Abt.

3.2.4. Auslöser der Aggression

Bei den Auslösern sind einige psychiatriespezifische Faktoren zu beachten, ein wesentlicher scheint dabei die Möglichkeit der Aufnahme gegen den Willen der PatientInnen (Unterbringung nach §8 Unterbringungsgesetz, UbG) zu sein. Unter diesem Aufnahmeaspekt wird die Freiheit des Patienten deutlich eingeschränkt, bis hin zur Maximalform der körpernahen Beschränkung durch z.B. Fixiergurte, auch eine zwangsweise medikamentöse Behandlung ist durch das Aussprechen der Unterbringung durch zwei Fachärzte zulässig.

Auslösende Faktoren sind aus unterschiedlichen Gründen oftmals nicht festzustellen. Einerseits werden die handelnden MitarbeiterInnen auf aggressive Situationen erst aufmerksam wenn die Situation bereits eskaliert ist, eine Klärung auslösender Faktoren ist dann häufig nicht mehr möglich. Andererseits sind Gründe auch bei durchgehender Anwesenheit von MitarbeiterInnen in derartigen Situationen gelegentlich nicht zu erkennen. Überraschend gering waren Faktoren wie Medikamentenausgabe oder Aufnahme gegen den

Willen besetzt, deren auslösende Wirkung wurde intuitiv in informellen Gesprächen mit Pflegepersonen deutlich höher bewertet.

Auslöser der Aggression 1. Psy. Abt.

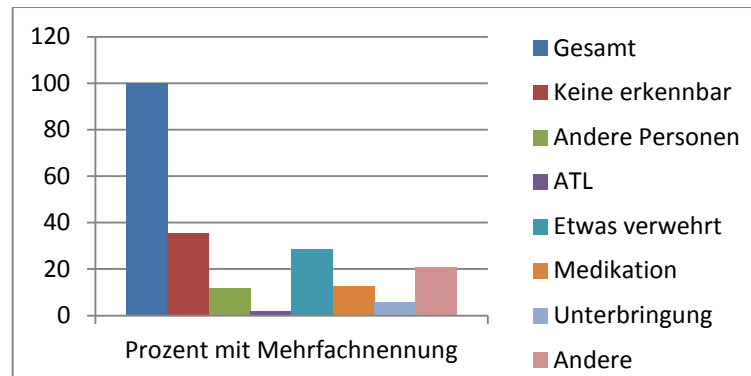


Abbildung 8: Auslöser der Aggression 1. Psy. Abt.

Aggressions- auslöser	Gesamt	Keine erkennbar	Andere Personen	ATL	Etwas verwehrt	Medikation	Unterbringung	Andere
Absolut	327	119	40	6	97	43	19	71
Prozent	100	35,31	11,86	1,78	28,78	12,75	5,63	21,06

Tabelle 13: Aggressionsauslöser

Neben dem Faktor „Andere“ war an beiden Abteilungen das Item „Etwas verwehrt“ an zweiter Stelle der Häufigkeit. Hier manifestiert sich unter anderem ein typisches Phänomen psychiatrisch-pflegerischer Arbeit, nämlich ein pädagogischer Aspekt. Das (Wieder-)finden von Grenzen ist unter Umständen, zum Beispiel bei Patienten mit einer affektiven Störung wie der Manie, ein zentraler Teil der Arbeit. Die Notwendigkeit, etwas zu verwehren ergibt sich aus dieser Perspektive, ein unbestreitbares Frustrations- und Aggressionspotential ist solchen Situationen immanent.

Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), im allgemeinen und speziell im geriatrischen Bereich ein sehr häufiger Auslöser für Aggression (vgl. Dorfmeister, 2009, 76) spielt in der Psychiatrie nur eine sehr untergeordnete Rolle, der überwiegende Teil der

PatientInnen ist dort mobil und hat kaum Selbstpflegedefizite. „Andere Gründe“ wurden in der Erhebungsform 2005 nicht näher spezifiziert, handschriftliche Ergänzungen zeigen etwa Gründe wie „Kontakte zu Angehörigen“ oder „Verkennung“ als Auslöser.

Auslöser der Aggression 5. Psy. Abt.

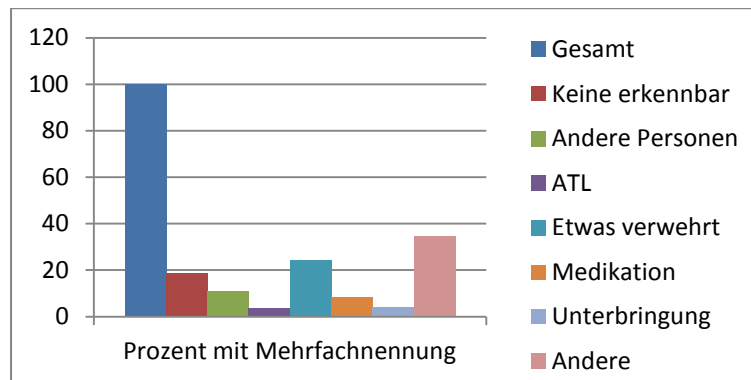


Abbildung 9: Auslöser der Aggression 5. Psy. Abt.

Aggressions- auslöser	Gesamt	Keine erkennbar	Andere Personen	ATL	Etwas verwehrt	Medikation	Unterbringung	Andere
Absolut	224	42	25	8	54	19	9	78
Prozent	100	18,75	11,16	3,57	24,1	8,48	4,01	34,82

Tabelle 14: Aggressionsauslöser

3.2.5. Aggressionsort

Auch hier sind wieder einige Spezifika der Wiener psychiatrischen Versorgung anzumerken. Im OWS herrscht der Grundsatz der offenen Psychiatrie, das bedeutet, dass die Stationstüren, entsprechend der Wiener Krankenanstaltenordnung, nur zwischen 22:00 Uhr und 6:00 abgeschlossen werden dürfen. In der übrigen Zeit ist es allen PatientInnen möglich, die Stationen ohne bauliche oder technische Hinderungsgründe zu verlassen. PatientInnen, die nach §8 UbG aufgenommen sind, dürfen laut ihrem Rechtsstatus die Abteilungen nicht verlassen. Diese Personengruppe daran zu hindern ist Aufgabe der Mitarbeiter, überwiegend der Pflegepersonen. Entsprechendes Konfliktpotential ist dabei zu erwarten, überraschend

gering fällt jedoch die Aggressionshäufigkeit in derartigen Situationen aus, der Konfliktort „Vor Stationstür“ ist selten.

Aggressionsort 1. Psy. Abt.

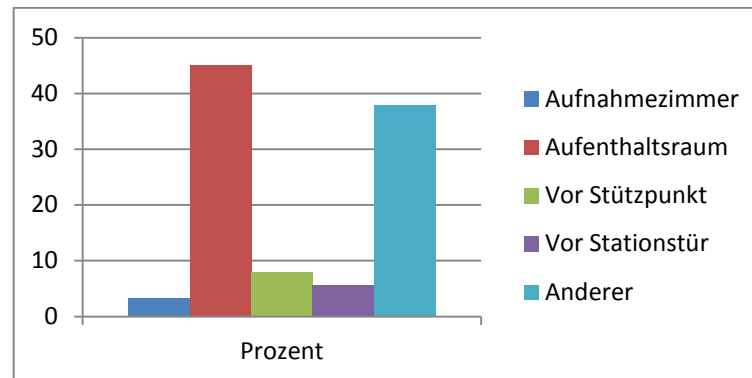


Abbildung 10: Aggressionsort 1. Psy. Abt.

Aggressionsort	Aufnahmezimmer	Aufenthaltsraum	Vor Stützpunkt	Vor Stationstür	Anderer
Absolut	11	152	27	19	128
Prozent	3,26	45,11	8,02	5,63	37,98

Tabelle 15: Aggressionsort

Aufenthaltsräume für PatientInnen sind der häufigste Ort für Aggressionsereignisse, einerseits sicherlich wegen der hohen PatientInnendichte in diesen Räumlichkeiten, andererseits sind an den untersuchten Abteilungen auch räumliche Gegebenheiten wesentliche Einflussfaktoren. Die Aufenthaltsräume sind an beiden Abteilungen eher stützpunktfern platziert, in Zeiten hohen Arbeitsaufkommens sind die personelle Präsenz und Überwachung in den Aufenthaltsräumen eher gering. Die zweithöchste Vorfalshäufigkeit findet sich bei dem Item „Vor Stützpunkt“, hier finden wesentliche Teile der pflegerischen Arbeit statt und auch hier findet sich gehäuft eine hohe Personendichte.

Aggressionsort 5. Psy. Abt.

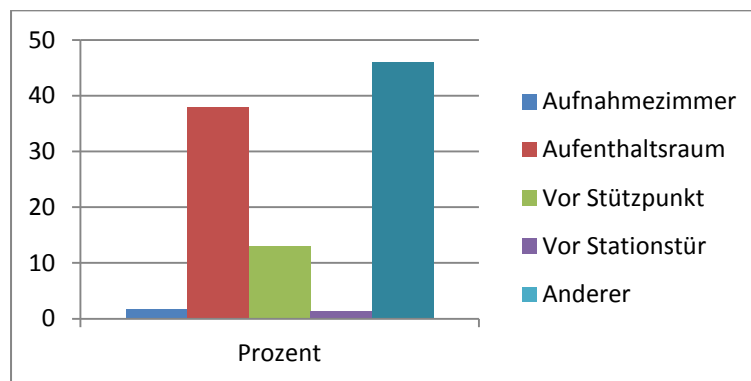


Abbildung 11: Aggressionsort 5. Psy. Abt.

Aggressionsort	Aufnahmezimmer	Aufenthaltsraum	Vor Stützpunkt	Vor Stationstür	Anderer
Absolut	4	85	29	3	103
Prozent	1,78	37,95	12,94	1,35	45,98

Tabelle 16: Aggressionsort

Überraschend gering fällt an beiden Abteilungen die Zahl der Ereignisse im Aufnahmezimmer aus, die rein subjektive Einschätzung hätte hier einen höheren Prozentsatz erwarten lassen, da in der Aufnahmesituation auch häufig eine notwendige Unterbringung ausgesprochen wird, die eine aggressive Reaktion wahrscheinlich erscheinen lassen würde.

Unter dem Aggressionsort „Andere“ finden sich handschriftlich vermerkt häufig „Patientenzimmer“ oder „Badezimmer“.

3.2.6. Verwendete Mittel

Unter diesem Punkt subsumieren nicht nur tatsächliche Mittel im materiellen Sinn sondern etwa auch „verbale Aggression“ und gefährliche Methoden wie „Würgen“. Verbale Aggression findet sich zu einem hohen Prozentsatz, entweder als rein verbale Aggression oder begleitend zu tätlichen Vorgehensweisen. Sehr selten finden sich Waffen im landläufigen Sinn wie Messer. Zu bedenken ist allerdings, dass eine Vielzahl an Gegenständen als Waffe benutzt werden können, die dazu angetan sind, potentiell auch schwere Verletzungen

hervorzurufen. Ein häufig dafür verwendetes Mittel sind Stühle, diese sind im Erhebungsinstrument auch explizit angeführt.

Verwendete Mittel 1. Psy. Abt.

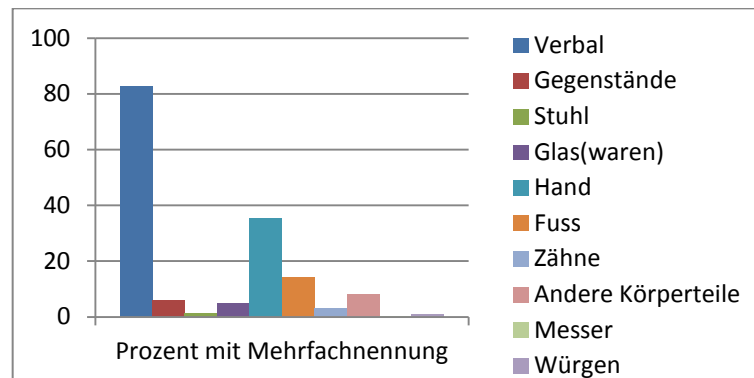


Abbildung 12: Verwendete Mittel 1. Psy. Abt.

Verwendete Mittel	Verbal	Gegenstände	Stuhl	Glas(waren)	Hand
Absolut	279	20	4	17	119
Prozent	82,78	5,93	1,18	5,04	35,31
Verwendete Mittel	Fuß	Zähne	Andere Körperteile	Messer	Würgen
Absolut	48	10	27	1	3
Prozent	14,24	2,96	8,01	0,29	0,89

Tabelle 17: Verwendete Mittel

Die Items „Hand“ und „Fuß“, die sich auf Schläge bzw. Tritte beziehen, finden sich an beiden Abteilungen häufig. Wobei aus diesen Angaben nicht hervorgeht, ob dabei tatsächlich ein Ziel gefunden wurde oder ob Schläge bzw. Tritte ins Leere gingen. Würgen bzw. die Verwendung von Messern ist sehr selten, an der 1.Psy.Abt. gab es einen Vorfall mit einem Messer und 3 Vorfälle, bei denen MitarbeiterInnen gewürgt wurden. An der 5.Psy.Abt kam es zu keinem bewaffneten Vorfall, in einem Fall kam es zum Würgen. Die Verwendung von Glaswaren

sticht an der 5.Psy.Abt. hervor, bei genauer Analyse stellt sich heraus, dass diese Häufigkeit mit autoaggressiven Vorfällen in Zusammenhang steht, die an dieser Abteilung deutlich höher ist.

Verwendete Mittel 5. Psy. Abt.

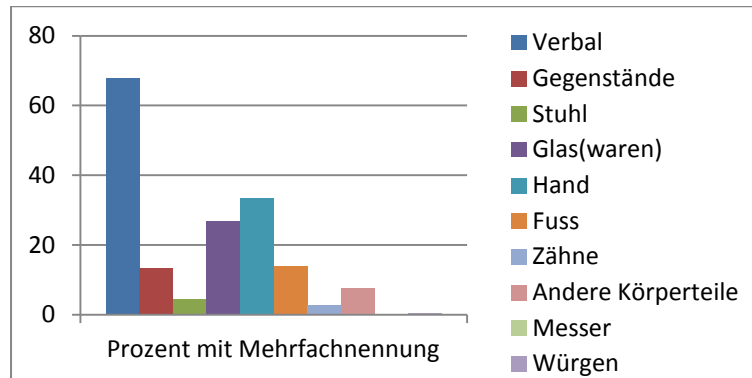


Abbildung 13: Verwendete Mittel 5. Psy. Abt.

Verwendete Mittel	Verbal	Gegenstände	Stuhl	Glas(waren)	Hand
Gesamt	152	30	10	60	75
Prozent	67,85	13,39	4,46	26,78	33,48
Verwendete Mittel	Fuß	Zähne	Andere Körperteile	Messer	Würgen
Gesamt	31	6	17	0	1
Prozent	13,83	2,67	7,58	0	0,44

Tabelle 18: Verwendete Mittel

3.2.7. Konsequenzen für das (die) Opfer

Der Frageblock „Konsequenzen für das Opfer“ bezieht sich auf die Folgen für die Betroffenen von Aggressionseignissen. Zwei wesentliche Gruppen sind zu unterscheiden: Konsequenzen für Gegenstände, die im äußersten Fall zu materiellen Schäden führen und Konsequenzen für Personen. An der 1. Psy. Abt. waren in 19 Fällen nur Gegenstände betroffen, an der 5. Psy. Abt. in 24 Fällen. Der Anteil an den Gesamtfällen ist eher gering, die Folgen sind unterschiedlich. Gegenstände können zum Ziel des aggressiven Aktes werden und unbeschädigt bleiben, beschädigt werden ohne die Notwendigkeit einer Reparatur oder eines Ersatzes oder aber repariert oder ersetzt werden.

An der 1. Psy. Abt. wurde in 95 Fragebögen „keine Konsequenzen“ angekreuzt, an der 5. Psy. Abt. in nur 8 Fällen.

Konsequenzen Gegenstände 1. Psy. Abt.

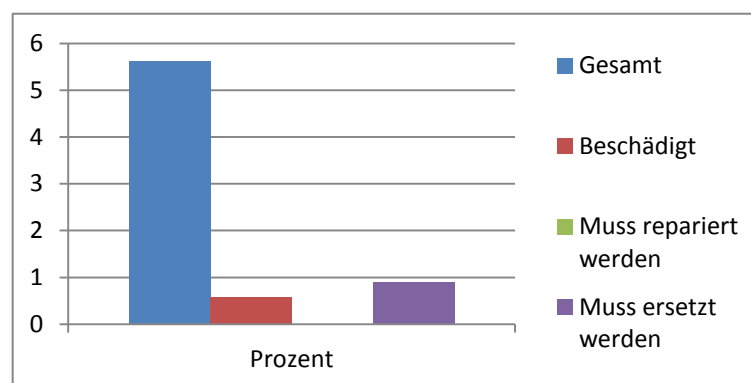


Abbildung 14: Konsequenzen Gegenstände 1. Psy. Abt.

Konsequenzen Gegenstände	Gesamt	Beschädigt	Muss repariert werden	Muss ersetzt werden
Absolut	19	2	0	3
Prozentanteil an den Gesamtfällen	5,63	0,59	0	0,89

Tabelle 19: Konsequenzen Gegenstände

In den Daten beider Abteilungen zeigt sich, dass Aggressionsakte, die nur gegen Gegenstände gerichtet sind, eher selten auftreten. Damit halten sich auch die Sachschäden in Grenzen, wobei jedoch im Krankenhaus zum Teil sehr teure medizinische Geräte beschädigt oder zerstört werden können, wie zum Beispiel an Notaufnahmen Röntgen- oder Ultraschallgeräte.

Konsequenzen Gegenstände 5. Psy. Abt.

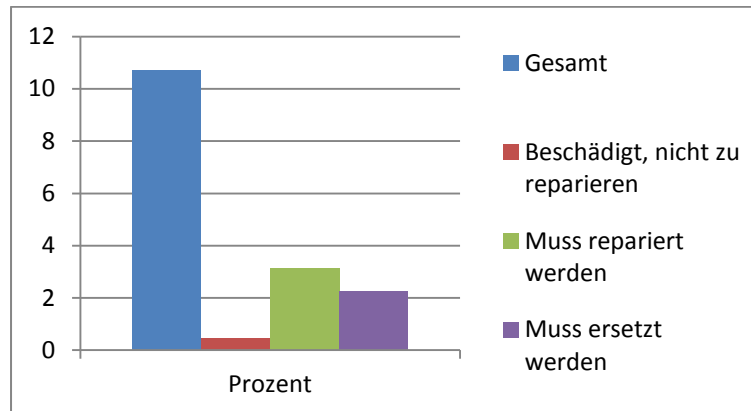


Abbildung 15: Konsequenzen Gegenstände 5. Psy. Abt.

Konsequenzen Gegenstände	Gesamt	Beschädigt	Muss repariert werden	Muss ersetzt werden
Absolut	24	1	7	5
Prozentanteil an den Gesamtfällen	10,71	0,44	3,12	2,23

Tabelle 20: Konsequenzen Gegenstände

Weit schwerwiegender sind jedoch die Folgen für Personen. Hierbei sind nicht nur physische Verletzungen und Schmerzen relevant, sondern auch jede Form von Beschimpfung, Bedrohung, Nötigung oder sexueller Belästigung. In der 2005 verwendeten Form des SOAS-R-Bogens wurde z.B. sexuelle Belästigung noch nicht erhoben und unter „Bedrohung“ zusammengefasst, in der gegenwärtig verwendeten, leicht modifizierten Version ist dieser Punkt explizit angeführt.

Konsequenzen für Personen 1. Psy. Abt.

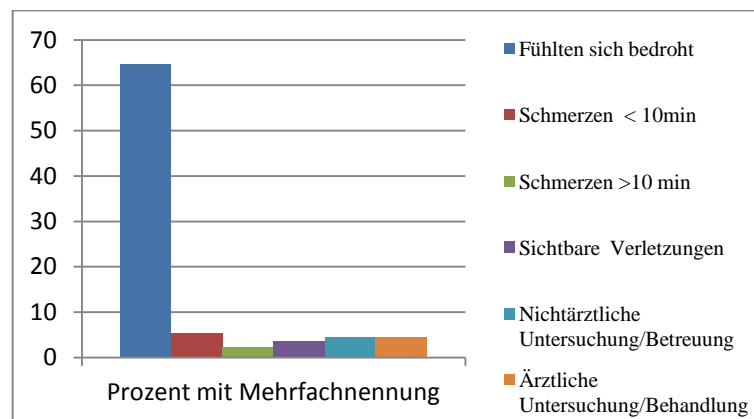


Abbildung 16: Konsequenzen für Personen 1. Psy. Abt.

Konsequenzen für Personen	Bedroht	Schmerzen ≤ 10min	Schmerzen >10 min	Sichtbare Verletzungen	Nichtärztliche Untersuchung/Betreuung	Ärztliche Untersuchung/Behandlung
Absolut	218	18	8	12	15	15
Prozent	64,68	5,34	2,37	3,56	4,45	4,45

Tabelle 21: Konsequenzen für Personen

Sichtbare Verletzungen und ärztliche Behandlung lassen auf schwere gewalttätige Ereignisse schließen, an der 5. Psy. Abt. fällt die deutlich höhere Zahl in diesen beiden Items auf, wobei an der 5. Psy. Abt. wieder mehr als die Hälfte der Vorfälle mit sichtbaren Verletzungen auf autoaggressive Handlungen und Selbstverletzungen zurückzuführen ist.

Konsequenzen für Personen 5. Psy. Abt.

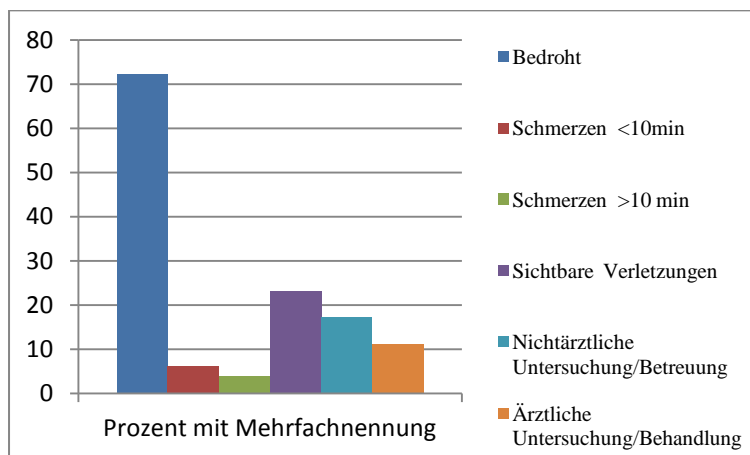


Abbildung 17: Konsequenzen für Personen 5. Psy. Abt.

Konsequenzen für Personen	Bedroht	Schmerzen ≤10min	Schmerzen >10 min	Sichtbare Verletzungen	Nichtärztliche Untersuchung/Betreuung	Ärztliche Untersuchung/Behandlung
Absolut	162	14	9	52	39	25
Prozent	72,32	6,25	4,01	23,21	17,41	11,16

Tabelle 22: Konsequenzen für Personen

3.2.8. Maßnahmen um die Aggression zu stoppen

Das UbG gibt den MitarbeiterInnen der Psychiatrischen Kliniken die Möglichkeit, in klar definierten Situationen (z.B. akute und erhebliche Fremd- oder Selbstgefährdung) auch Zwangsmaßnahmen einzusetzen. Dazu gehören etwa Maßnahmen wie Zwangsmedikation, die Verbringung in ein Psychiatrisches Intensivbett (PIB) oder die 4- bzw 5-Punkt-Fixierung. Klarer Konsens in der Psychiatrischen Versorgung am OWS ist, dass derartige Maßnahmen immer die Ultima Ratio sein müssen. An allererster Stelle steht die Kommunikation, in 44 Fällen an der 1. Psy. Abt. und in 8 Fällen an der 5. Psy. Abt. fand kein Gespräch statt. Das Gespräch als einzige Maßnahme wurde an der 1. Psy. Abt. in 36,79% der Fälle, an der 5. Psy. Abt. in 16,07% der Fälle eingesetzt.

Maßnahmen um die Aggression zu stoppen 1. Psy. Abt.

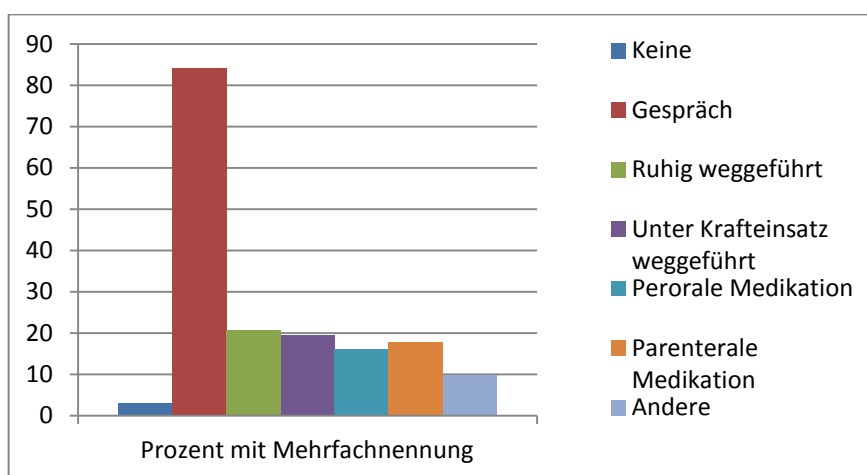


Abbildung 18: Maßnahmen um die Aggression zu stoppen 1. Psy. Abt.

Maßnahmen	Keine	Gespräch	Ruhig weggeführt	Unter Krafteinsatz weggeführt	Perorale Medikation	Parenterale Medikation	Andere
Absolut	10	283	70	66	54	60	33
Prozent	2,96	83,97	20,77	19,58	16,02	17,8	9,79

Tabelle 23: Maßnahmen

Maßnahmen um die Aggression zu stoppen 5. Psy. Abt.

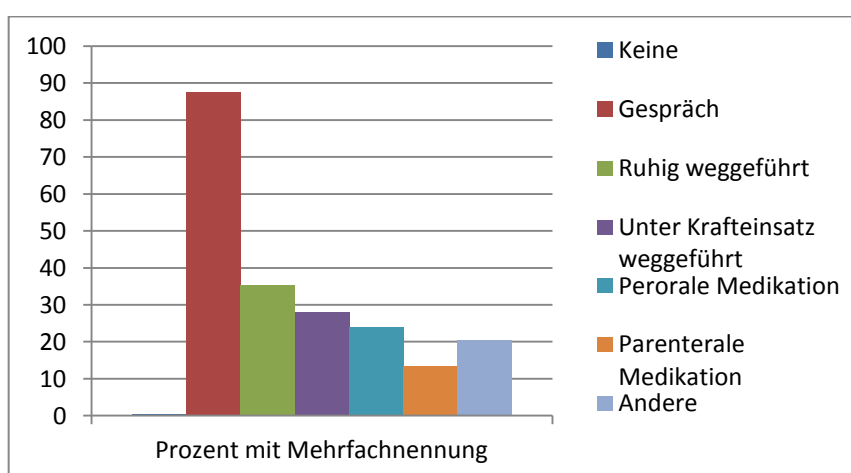


Abbildung 19: Maßnahmen um die Aggression zu stoppen 5. Psy. Abt.

Maßnahmen	Keine	Gespräch	Ruhig weggeführt	Unter Krafteinsatz weggeführt	Perorale Medikation	Parenterale Medikation	Andere
Absolut	1	196	79	63	54	30	46
Prozent	0,44	87,5	35,26	28,12	24,1	13,39	20,53

Tabelle 24: Maßnahmen

3.2.9. Schweregrad der Ereignisse

Der Schweregrad wurde von den dokumentierenden MitarbeiterInnen auf einer Visual Analog Scale von 1 = „Nicht schwerwiegend“ bis 10 = „Sehr schwerwiegend“ subjektiv eingeschätzt.

Insgesamt findet mehr als die Hälfte der Ereignisse im Bereich der Schweregrade 1 bis 4 statt, nur rund 4 Prozent der Ereignisse finden sich in der höchsten Einstufung „Sehr schwerwiegend“.

An beiden Abteilungen zeigt sich, dass die von Männern verursachten Aggressionsereignisse als schwerwiegender eingeschätzt werden, im Maximalbereich „sehr schwerwiegend“ finden sich deutlich mehr Männer als Frauen, was sich auch im unterschiedlichen Mittelwert, besonders an der 5. Psy. Abt. ausdrückt.

Schweregrad der Ereignisse 1. Psy. Abt.

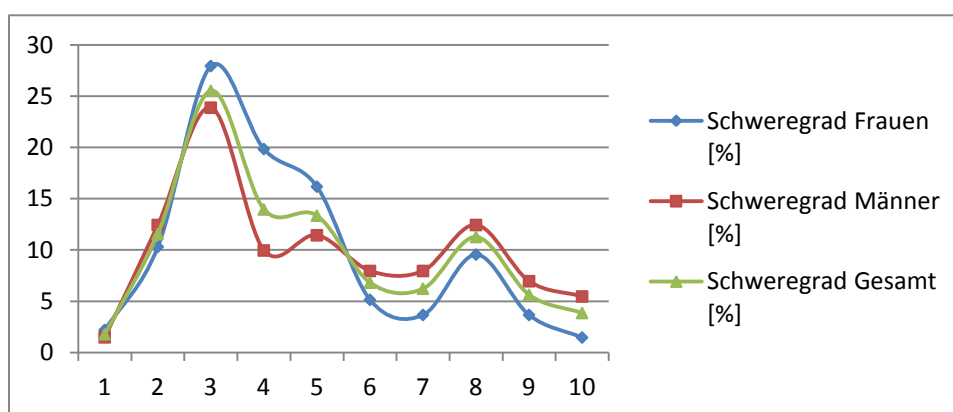


Abbildung 20: Schweregrad der Ereignisse 1. Psy. Abt.

Schwere des Ereignisses	Nicht schwerwiegend (1)	2	3	4	5	6	7	8	9	Sehr schwerwiegend (10)	Gesamt	Mittelwert
<i>Absolut Frauen</i>	3	14	38	27	22	7	5	13	5	2	136	4,47
Prozent Frauen	2,2	10,31	27,94	19,85	16,18	5,15	3,67	9,56	3,67	1,47	100	
Kumulierte Prozente	2,2	12,51	40,45	60,3	76,48	81,63	85,3	94,86	98,53	100		
<i>Absolut Männer</i>	3	25	48	20	23	16	16	25	14	11	201	5,15
Prozent Männer	1,49	12,44	23,88	9,96	11,44	7,96	7,96	12,44	6,96	5,47	100	
Kumulierte Prozente	1,49	13,93	37,81	47,77	59,21	67,17	75,13	87,57	94,53	100		
<i>Gesamt</i>	6	39	86	47	45	23	21	38	19	13	337	5,05
Prozent	1,78	11,57	25,52	13,96	13,35	6,82	6,23	11,27	5,64	3,86	100	
Kumulierte Prozente	1,78	13,35	38,87	52,83	66,18	73	79,23	90,5	96,14	100		

Tabelle 25: Schwere des Ereignisses

Schweregrad der Ereignisse 5. Psy. Abt.

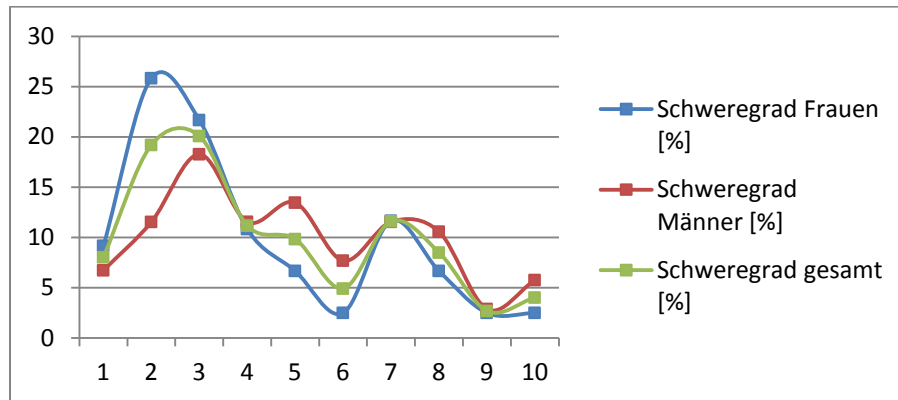


Abbildung 21: Schweregrad der Ereignisse 5. Psy. Abt.

Schwere des Ereignisses	Nicht schwerwiegend (1)	2	3	4	5	6	7	8	9	Sehr schwer- wiegend (10)	Gesamt	Mittel- wert
<i>Absolut Frauen</i>	11	31	26	13	8	3	14	8	3	3	120	3,75
Prozent Frauen	9,17	25,83	21,67	10,83	6,67	2,5	11,66	6,67	2,5	2,5	100	
Kumulierte Prozente	9,17	35	56,67	67,5	74,17	76,67	88,33	95	97,5	100		
<i>Absolut Männer</i>	7	12	19	12	14	8	12	11	3	6	104	4,95
Prozent Männer	6,73	11,54	18,27	11,55	13,46	7,69	11,55	10,57	2,88	5,76	100	
Kumulierte Prozente	6,73	18,27	36,54	48,09	61,55	69,24	80,79	91,36	94,24	100		
<i>Gesamt</i>	18	43	45	25	22	11	26	19	6	9	224	4,3
Prozent	8,48	19,16	20,07	11,13	9,82	4,88	11,58	8,38	2,48	4,02	100	
Kumulierte Prozente	8,29	26,19	44,97	55,45	65,06	71,61	83,84	93,88	96,07	100		

Tabelle 26: Schwere des Ereignisses

3.2.10. Ordnungsgrad

Ordnungsgrad der Ereignisse 1. Psy. Abt.

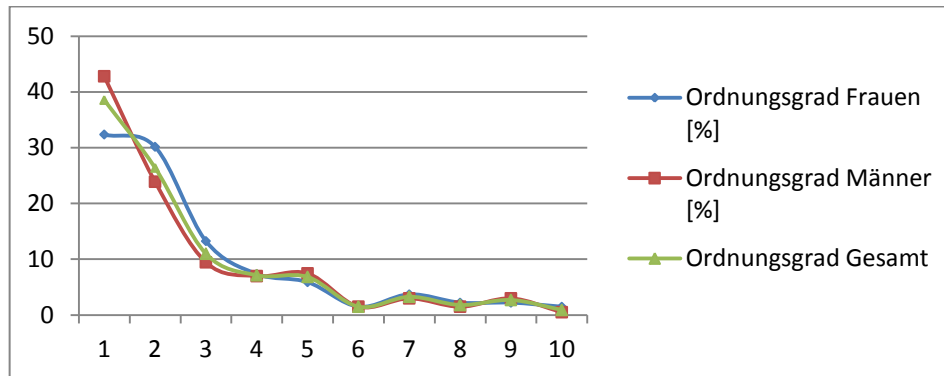


Abbildung 22: Ordnungsgrad der Ereignisse 1. Psy. Abt.

Ordnungsgrad	Sehr geordnet (1)	2	3	4	5	6	7	8	9	Völlig chaotisch (10)	Gesamt	Mittelwert
Frauen Absolut	44	41	18	10	8	2	5	3	3	2	136	2,78
Frauen Prozent	32,35	30,15	13,24	7,35	5,88	1,47	3,69	2,20	2,20	1,47	100	
Kumulierte Prozente	32,35	62,5	75,74	83,09	88,97	90,44	94,13	96,33	98,53	100		
Männer Absolut	86	48	19	14	15	3	6	3	6	1	201	2,58
Männer Prozent	42,79	23,89	9,45	6,97	7,46	1,49	2,98	1,49	2,98	0,50	100	
Kumulierte Prozente	42,79	66,68	76,13	83,10	90,56	92,05	95,03	96,52	99,5	100	842,36	
Gesamt	130	89	37	24	23	5	11	6	9	3	337	2,66
Gesamt Prozent	38,58	26,41	10,98	7,12	6,82	1,48	3,26	1,78	2,68	0,89	100	
Kumulierte Prozente	38,58	64,99	75,97	83,09	89,91	91,39	94,65	96,43	99,11	100		

Tabelle 27: Ordnungsgrad

Ordnungsgrad der Ereignisse 5. Psy. Abt.

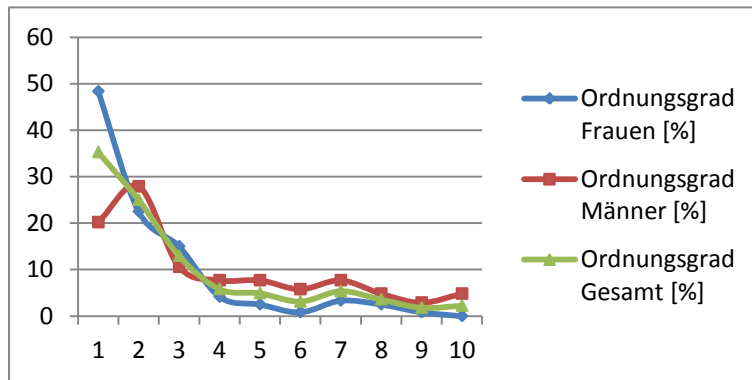


Abbildung 23: Ordnungsgrad der Ereignisse 5. Psy. Abt.

Ordnungsgrad	Sehr geordnet (1)	2	3	4	5	6	7	8	9	Völlig chaotisch (10)	Gesamt	Mittelwert
Frauen Absolut	58	27	18	5	3	1	4	3	1	0	120	2,23
Frauen Prozent	48,34	22,5	15	4,17	2,5	0,83	3,33	2,5	0,83	0	100	
Kumulierte Prozente	48,34	70,84	85,84	90	92,5	93,54	96,87	99,37	100			
Männer Absolut	21	29	11	8	8	6	8	5	3	5	104	3,78
Männer Prozent	20,19	27,89	10,58	7,69	7,69	5,77	7,69	4,81	2,88	4,81	100	
Kumulierte Prozente	20,19	48,08	58,66	66,4	74	79,81	87,5	92,31	95,2	100		
Gesamt	79	56	29	13	11	7	12	8	4	5	224	2,86
Gesamt Prozent	35,27	25	12,95	5,8	4,91	3,12	5,36	3,57	1,79	2,23	100	
Kumulierte Prozente	35,27	60,27	73,22	79	83,9	87,05	92,41	95,98	97,8	100		

Tabelle 28: Ordnungsgrad

Der Ordnungsgrad wurde ebenfalls von den dokumentierenden MitarbeiterInnen auf einer VAS von 1 = sehr geordnet bis 10 = völlig chaotisch subjektiv eingeschätzt.

Insgesamt findet sich an der 1. Psy. Abt. ein deutlich höherer Ordnungsgrad als an der 5. Psy. Abt., interessanterweise zeigt sich hier auch ein höherer Mittelwert bei den Frauen. Der insgesamt gute Ordnungsgrad der 1. Psy. Abt., rund 90% der Fälle finden sich in der Rangreihung 1 bis 5, scheint für einen sehr professionellen Umgang der MitarbeiterInnen mit dem Phänomen Aggression zu sprechen, weitere Forschungen könnten diese Frage klären.

3.2.11. Dauer der Vorfälle

Bei dieser Frage interessiert, wie viel Zeit MitarbeiterInnen psychiatrischer Akutstationen für Deeskalationsmaßnahmen aufwenden müssen. Weder nach den unterschiedlichen Stellenbeschreibungen noch im beruflichen Selbstverständnis der psychiatrischen Pflege ist das Deeskalieren aggressiver Vorfälle zu den Kernaufgaben zu zählen, das hieße, die Psychiatrien in den Exekutivbereich zu rücken, wo sie sich keinesfalls sehen wollen. Betrachtet man zum Beispiel den Ordnungsgrad, könnte sich bei näherer Untersuchung herausstellen, dass Deeskalation in der praktischen Arbeit aber zu den Kernkompetenzen der MitarbeiterInnen zählt.

Dauer des Vorfalles 1. Psy. Abt.

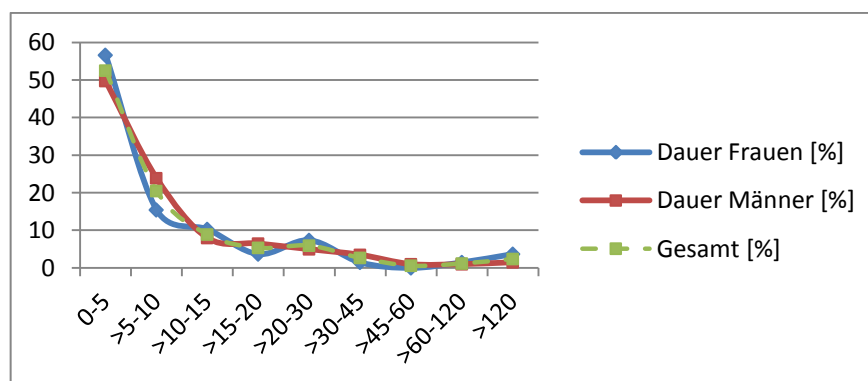


Abbildung24: Dauer des Vorfalles 1.Psy.Abt.

Dauer [min]	0-5	>5-10	>10-15	>15-20	>20-30	>30-45	>45-60	>60-120	>120	Gesamt	Durchschnitts- dauer
Frauen Absolut	77	21	14	5	10	2	0	2	5	136	11,2
Frauen Prozent	56,62	15,44	10,28	3,68	7,36	1,47	0	1,47	3,68	100	
Kumulierte Prozente	56,62	72,06	82,34	86,02	93,38	94,85	94,85	96,32	100		
Männer Absolut	100	48	16	13	10	7	2	2	3	201	10,8
Männer Prozent	49,75	23,88	7,97	6,48	4,97	3,48	0,99	0,99	1,49	100	
Kumulierte Prozente	49,75	73,63	81,6	88,08	93,05	96,53	97,52	98,51	100		
Gesamt	177	69	30	18	20	9	2	4	8	337	11,1
Gesamt Prozent	52,52	20,47	8,9	5,35	5,94	2,67	0,59	1,18	2,38	100	
Kumulierte Prozente	52,52	72,99	81,89	87,24	93,18	95,85	96,44	97,62	100		

Tabelle 29: Dauer [min]

Ins Auge sticht bei der Auswertung die doch sehr unterschiedliche Kurvenform und die deutlich längere Dauer der Ereignisse an der 5. Psy. Abt. Frauen finden sich dort im oberen Zeitbereich häufiger als Männer, auch der längste erfasste Vorfall von 420 Minuten wurde von einer Frau verursacht. Viele dieser langandauernden, von Frauen verursachten Vorfälle wurden handschriftlich mit „permanente massive Autoaggression“ beschrieben, als hauptsächliche Maßnahmen wurden „Gespräch“ und „perorale Medikation“ angeführt und sind auf eine einzige Patientin zurückzuführen.

Dauer des Vorfalles 5. Psy. Abt.

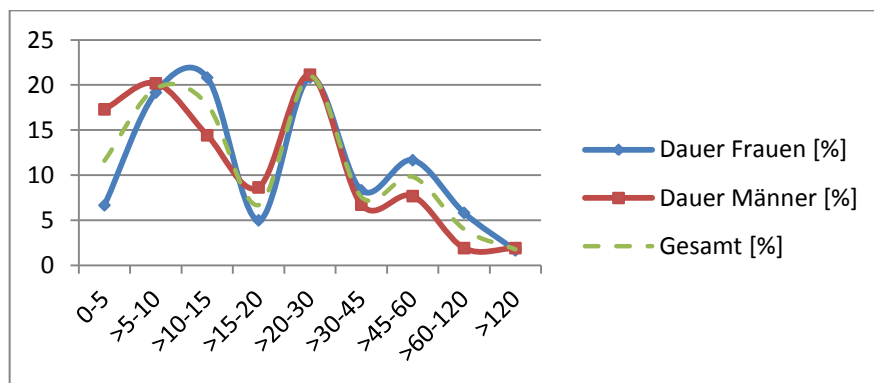


Abbildung 25: Dauer des Vorfalles 5. Psy. Abt.

Dauer [min]	0-5	>5-10	>10-15	>15-20	>20-30	>30-45	>45-60	>60-120	>120	Gesamt	Durchschnitts- dauer
Frauen Absolut	8	23	25	6	25	10	14	7	2	120	21,2
Frauen Prozent	6,67	19,17	20,83	5,00	20,83	8,33	11,67	5,83	1,67	100	
Kumulierte Prozente	6,67	25,84	46,67	51,67	72,50	80,83	92,5	98,33	100		
Männer Absolut	18	21	15	9	22	7	8	2	2	104	18,4
Männer Prozent	17,31	20,19	14,43	8,65	21,15	6,74	7,69	1,92	1,92	100	
Kumulierte Prozente	17,31	37,5	51,93	60,58	81,73	88,47	96,16	98,09	100		
Gesamt	26	44	40	15	47	17	22	9	4	224	19,9
Gesamt Prozent	11,61	19,64	17,86	6,7	20,98	7,59	9,82	4,02	1,78	100	
Kumulierte Prozente	11,61	31,25	49,11	55,81	76,79	84,38	94,2	98,22	100		

Tabelle 30: Dauer [min]

3.3. Erhebung mittels Fragebogen „Einstellung gegenüber aggressivem Verhalten“

Für den empirischen Teil zur Erhebung der subjektiven Einstellung gegenüber dem Phänomen Aggression wurde der Fragebogen „Einstellung gegenüber aggressivem Verhalten. Teil1, Beech, B., 1987; Teil 2, Thackrey, M., 1987.“ verwendet. In der vorliegenden Arbeit wird der Fragebogen nicht vollständig ausgewertet, es werden nur wesentliche Daten zur Stichprobenbeschreibung, zum subjektiven Bedrohungsgefühl und einige ausgewählte Fragen zum subjektiven Umgang mit Aggression und Gewalt ausgewählt.

Die Fragen zur Verteilung werden im Multiple-Choice-Verfahren, die Fragen zum subjektiven Erleben und Umgang im Sinne einer mehrteiligen Likert-Skala gestellt. Die Erfassung erfolgte über eine Access-Datenbank, die Auswertung wurde in Excel durchgeführt.

3.3.1. Stichprobenbeschreibung

Die zu Grunde liegende Stichprobe wurde im Rahmen von Deeskalationsseminaren rekrutiert. Die Stichprobengröße beläuft sich auf $n = 745$. Die Teilnehmer der Seminare wurden am Anfang und am Ende der Schulung gebeten, einen mehrseitigen Fragebogen auszufüllen. Für die vorliegende Auswertung wurden jeweils nur die Ergebnisse der Befragung vor dem Seminar herangezogen. Die Befragten kamen überwiegend aus dem Wiener KAV aus allen Bereichen der pflegerischen, medizinischen und paramedizinischen Berufe. Die Berufserfahrung war sehr unterschiedlich, vom Pflegeschüler bis zum Primararzt fanden sich alle Berufsgruppen.

3.3.1.1. Häufigkeit, Verteilung, Arbeitsbereiche, berufliche Position

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 745, die überwiegende Zahl der TeilnehmerInnen war weiblich, 67,91%, nur 32,09% waren männlich.

Häufigkeit nach Geschlecht	Gesamt	Weiblich	Männlich
Absolut	745	506	239
Prozent	100	67,91	32,09

Tabelle 31: Häufigkeit nach Geschlecht

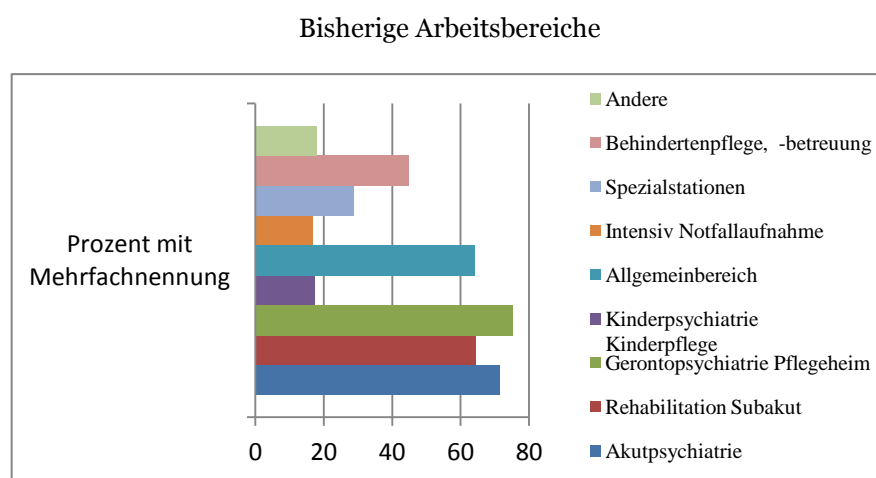


Abbildung 26: Bisherige Arbeitsbereiche

<i>Bisherige Arbeitsbereiche</i>	Akutpsychiatrie	Rehabilitation Subakut	Ambulanz Tagesklinik	Gerontopsychiatrie Pflegeheim	Kinderpsychiatrie Kinderpflege
Absolut	533	481	309	561	130
Prozent	71,54	64,56	41,47	75,3	17,44
	Allgemeinbereich	Intensiv Notfallaufnahme	Spezialstationen	Behindertenpflege, -betreuung	Andere
Absolut	479	126	214	334	134
Prozent	64,29	16,91	28,72	44,83	17,98

Tabelle 32: Bisherige Arbeitsbereiche

Die Befragten waren mehrheitlich bereits in mehreren Bereichen tätig, häufigste Arbeitsbereiche waren Gerontopsychiatrien und Pflegeheime, gefolgt von Akutpsychiatrien und Rehabilitations- bzw. Subakutstationen. Aus diesem Umstand ergibt sich auch eine große Vielfalt an Berufserfahrung, auch im Umgang mit verschiedensten PatientInnengruppen ist eine breite Palette an Vorerfahrungen vorhanden. Die Studien von Stefan und Dorfmeister aus 2009 lassen schließen, dass die MitarbeiterInnen auch Aggressions- und Gewalterfahrungen in den unterschiedlichen Bereichen gemacht haben.

Gegenwärtiger Arbeitsbereich

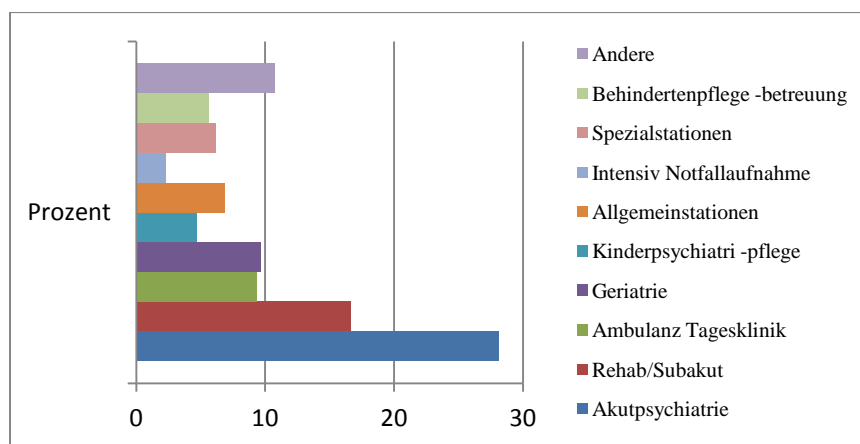


Abbildung 27: Gegenwärtiger Arbeitsbereich

<i>Gegenwärtiger Arbeitsbereich</i>	Akutpsychiatrie	Rehabilitation Subakut	Ambulanz Tagesklinik	Gerontopsychiatrie Pflegeheim	Kinderpsychiatrie Kinderpflege
Absolut	210	124	70	72	35
Prozent	28,18	16,64	9,4	9,66	4,69
	Allgemeinstationen	Intensiv Notfallaufnahme	Spezialstationen	Behindertenpflege, -betreuung	Andere
Absolut	51	17	46	42	78
Prozent	6,84	2,28	6,19	5,64	10,48

Tabelle 33: Gegenwärtiger Arbeitsbereich

Bei der Frage nach dem gegenwärtigen Arbeitsbereich zeigt sich, dass knapp 45% der Befragten an psychiatrischen Akut- oder Subakutstationen tätig sind. Mitverantwortlich für diese hohe Zahl an Teilnehmern aus der Psychiatrie sind etwa die Verankerung eines Deeskalationskurses in der psychiatrischen Pflegeausbildung sowie der Konsens der Führung des OWS, einen möglichst hohen Durchschulungsgrad der MitarbeiterInnen zu erreichen.

Berufliche Funktion

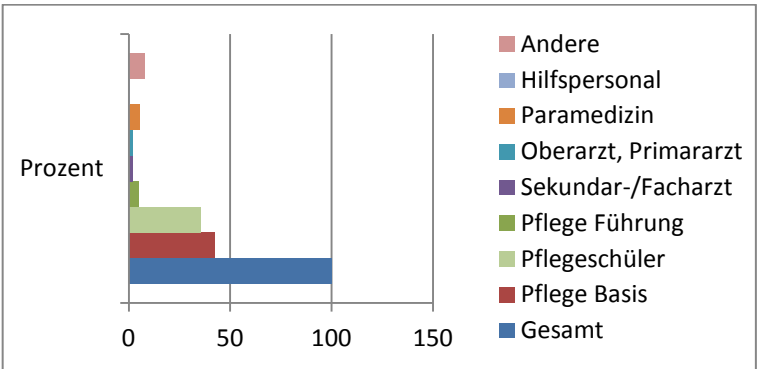


Abbildung 28: Berufliche Funktion

Funktion	Pflege Basis	Pflege Führung	Sekundararzt Facharzt	Oberarzt Primararzt	Paramedizin
Absolut	210	24	9	10	26
Prozent	42,16	4,82	1,82	2,01	5,22
	Hilfspersonal	Pfleges Schüler	Andere	Gesamt	
Absolut	3	176	40	498	
Prozent	0,6	35,34	8,03	100	

Tabelle 34: Funktion

Auch in Hinsicht auf die berufliche Funktion findet sich ein repräsentativer Querschnitt durch alle Bereiche der pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Berufe. Die größte Gruppe machen Basispflegepersonen aus, gefolgt von PflegegeschülerInnen und Pflegeführung.

ÄrztInnen aller Hierarchieebenen finden sich nur geringgradig weniger als Führungspersonen aus der Pflege.

Hauptsächliche Patientengruppe	Kinder/ Jugendliche	Erwachsene	Alte Menschen
Absolut	40	626	79
Prozent	5,36	84,02	10,62

Tabelle 35: Hauptsächliche Patientengruppe

Mehr als drei Viertel aller Befragten arbeiten im Erwachsenenbereich, rund 10 Prozent im geriatrischen, rund 5 Prozent im Kinder- und Jugendbereich.

3.3.2. Erfahrungen mit Aggression und Gewalt

Vier Items des Fragebogens befassen sich mit der subjektiven Erfassung bisher im beruflichen Zusammenhang erlebter Aggression und Gewalt.

Wie oft waren Sie an Ihrem Arbeitsplatz mit aggressivem Verhalten von Patienten konfrontiert?

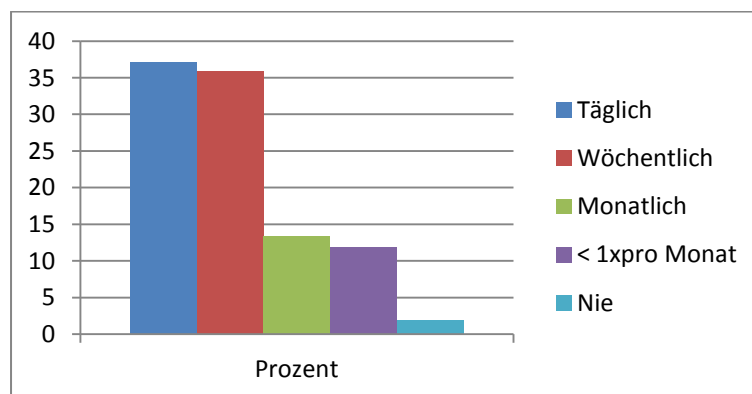


Abbildung 29: Wie oft waren Sie an Ihrem Arbeitsplatz mit aggressivem Verhalten von Patienten konfrontiert?

Konfrontation mit aggressivem Verhalten	Täglich	Wöchentlich	Monatlich	< 1x pro Monat	Nie
Absolut	276	267	100	88	14
Prozent	37,04	35,84	13,42	11,82	1,88

Tabelle 36: Konfrontation mit aggressivem Verhalten

Mehr als ein Drittel der Befragten gibt an, am Arbeitsplatz täglich mit aggressivem Verhalten von Patienten konfrontiert gewesen zu sein, ebenfalls mehr als ein Drittel zumindest wöchentlich. Zu diesem erschreckend hohen Aufkommen passt auch, dass nur 1,88 Prozent der Befragten noch nie damit konfrontiert waren.

Fühlten Sie sich während Ihrer Berufsausübung ernsthaft körperlich bedroht?

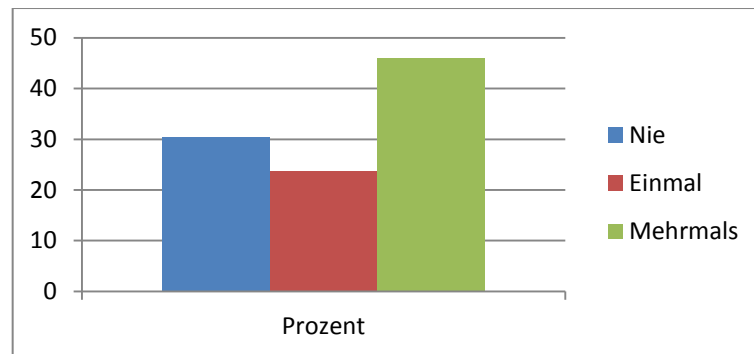


Abbildung 30: Fühlten Sie sich während Ihrer Berufsausübung ernsthaft körperlich bedroht?

Ernsthaft bedroht	Nie	Einmal	Mehrmals
Absolut	226	177	342
Prozent	30,34	23,75	45,91

Tabelle 37: Ernsthaft bedroht

Mehr als zwei Drittel der MitarbeiterInnen der Gesundheitsberufe müssen mit Drohungen leben, die häufig als sehr beeinträchtigend erlebt werden. Im Berufsalltag finden sich auch Morddrohungen oder Drohungen gegen die Familie, die die Betroffenen über die Arbeitszeit hinaus belasten.

Wurden Sie während Ihrer Berufsausübung tätlich angegriffen?

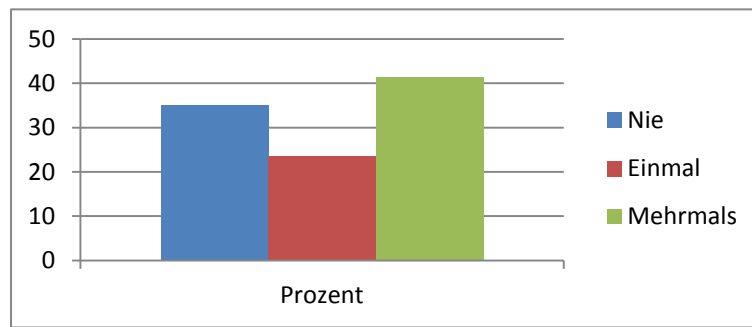


Abbildung 31: Wurden Sie während Ihrer Berufsausübung tätlich angegriffen?

Tätlich angegriffen	Nie	Einmal	Mehrals
Absolut	262	175	308
Prozent	35,17	23,48	41,35

Tabelle 38: Tätlich angegriffen

64,73 Prozent aller befragten MitarbeiterInnen sind in Ausübung ihres Berufes bereits einmal oder mehrmals tätlich angegriffen worden. Dieser Prozentsatz scheint gerade für Gesundheitsberufe etwas absurd, entspricht jedoch auch nach der Literatur offenbar einer unangenehmen und schwierigen Berufsrealität, auf die Pflegepersonen nicht oder kaum vorbereitet wurden und zum Teil noch werden.

Wurden Sie während Ihrer Berufsausübung verbal angegriffen?

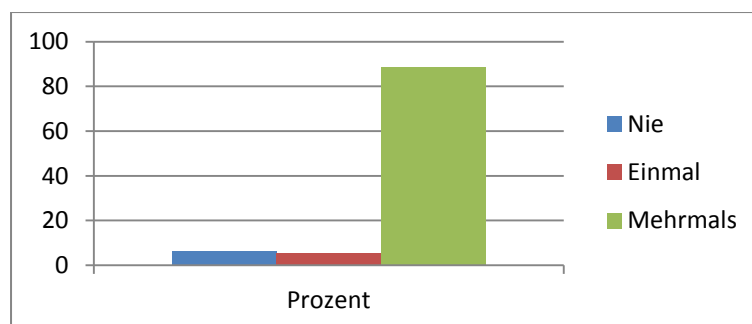


Abbildung 32: Wurden Sie während Ihrer Berufsausübung verbal angegriffen?

Verbale Angriffe hat der überwiegende Teil der MitarbeiterInnen erlebt, nur 6,17 Prozent waren nicht damit konfrontiert.

Verbal angegriffen	Nie	Einmal	Mehrmals
Absolut	46	41	658
Prozent	6,17	5,5	88,33

Tabelle 39: Verbal angegriffen

3.3.3. Einstellung und Verhalten gegenüber aggressivem Verhalten von PatientInnen

In diesem Frageblock werden 25 Items abgefragt, die sich mit der subjektiven Einstellung gegenüber aggressivem Verhalten und dem individuellen Verhalten in derartigen Situationen befassen. Hier sollen Gründe für aggressives Verhalten eingeschätzt, die individuellen Fähigkeiten zum Erkennen und zum Umgang mit Aggressionsereignissen selbst beurteilt werden. Für die vorliegende Auswertung wurden 8 Fragen ausgewählt, die für obige Fragestellung von Bedeutung sind.

Frage 1: Die Einschätzung, ob ein Patient aggressiv reagieren wird oder nicht, ist einfach!

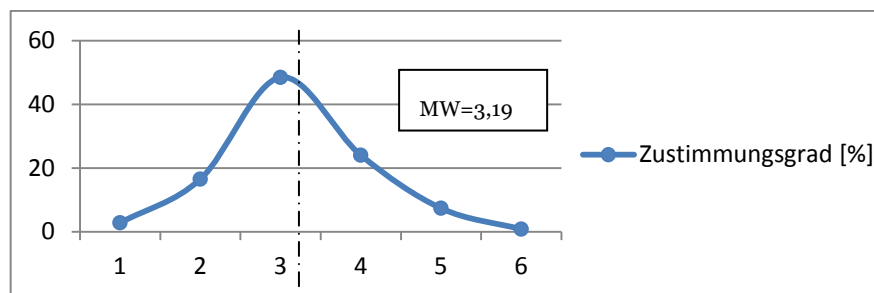


Abbildung 33: Die Einschätzung, ob ein Patient aggressiv reagieren wird oder nicht, ist einfach.

Frage 1	Stimme zu (1)	Stimme größtenteils zu (2)	Stimme teilweise zu (3)	Stimme eher nicht zu (4)	Stimme gar nicht zu (5)	Weiß nicht (6)	Mittelwert
Absolut	21	123	361	179	55	6	3,19
Prozent	2,81	16,51	48,46	24,04	7,37	0,81	
Kumulierte Prozente	2,81	19,32	67,78	91,82	99,19	100	

Tabelle 40: Frage 1 Die Einschätzung, ob ein Patient aggressiv reagieren wird oder nicht, ist einfach.

Die Einschätzung möglichen aggressiven Verhaltens scheint für die MitarbeiterInnen eher schwierig zu sein, ein Mittelwert von 3,19 spricht dafür, dass sich die betroffenen MitarbeiterInnen in einer eher unsicheren Situation befinden, in der sie im Umgang mit dem Phänomen auch immer wieder Überraschungen erleben.

Frage 2: Patienten werden aggressiv, weil sie Angst haben!

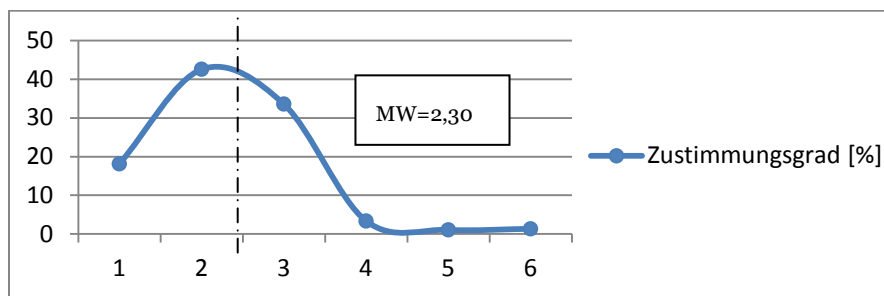


Abbildung 34: Patienten werden aggressiv, weil sie Angst haben.

Frage 2	Stimme zu (1)	Stimme größtenteils zu (2)	Stimme teilweise zu (3)	Stimme eher nicht zu (4)	Stimme gar nicht zu (5)	Weiß nicht (6)	Mittelwert
Absolut	135	317	250	25	8	10	2,30
Prozent	18,12	42,55	33,56	3,36	1,07	1,34	
Kumulierte Prozente	18,12	60,67	94,23	97,59	98,66	100	

Tabelle 41: Frage 2 Patienten werden aggressiv, weil sie Angst haben.

Angst scheint für viele ein möglicher Grund für einen aggressiven Akt zu sein, nahezu zwei Drittel stimmen diesem Argument voll oder großteils zu. In der Ursachenbeurteilung scheint eine höhere Sicherheit und ein ausgeprägteres Kompetenzgefühl zu herrschen als in der Einschätzung des grundsätzlichen Aggressionspotentials.

Frage 8: Patienten bedrohen das Personal, um ihren Willen durchzusetzen!

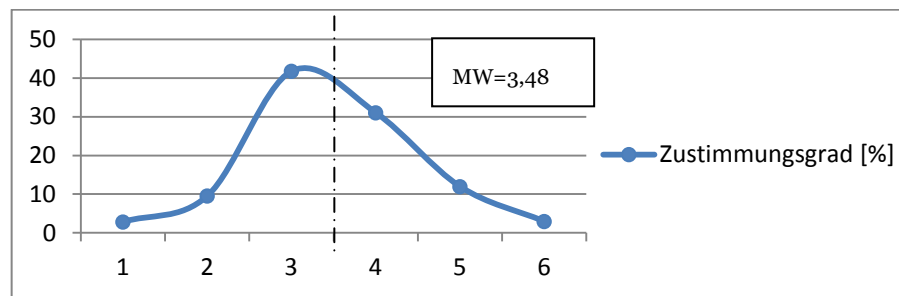


Abbildung 35: Patienten bedrohen das Personal, um ihren Willen durchzusetzen.

Frage 8	Stimme zu (1)	Stimme großteils zu (2)	Stimme teilweise zu (3)	Stimme eher nicht zu (4)	Stimme gar nicht zu (5)	Weiß nicht (6)	Mittelwert
Absolut	21	71	311	231	89	22	3,48
Prozent	2,83	9,54	41,73	30,98	11,96	2,96	
Kumulierte Prozente	2,83	12,37	54,10	85,08	97,04	100	

Tabelle 42: Frage 8 Patienten bedrohen das Personal, um ihren Willen durchzusetzen.

Die Einschätzung der Aggressionsgründe scheint einen eher positiven Patientenbezug zu zeigen, so wird Angst als Grund höher bewertet als die Möglichkeit, dass Aggression zum Durchsetzen des eigenen Willens eingesetzt wird. Nur 12,37 Prozent stimmen diesem Argument voll oder großteils zu, gar nicht oder eher nicht stimmen hingegen 42,94 Prozent zu.

Frage 15: Vieles von dem, was ich bei der Arbeit als aggressiv
oder gewalttätig erfahre, ist eigentlich vermeidbar!

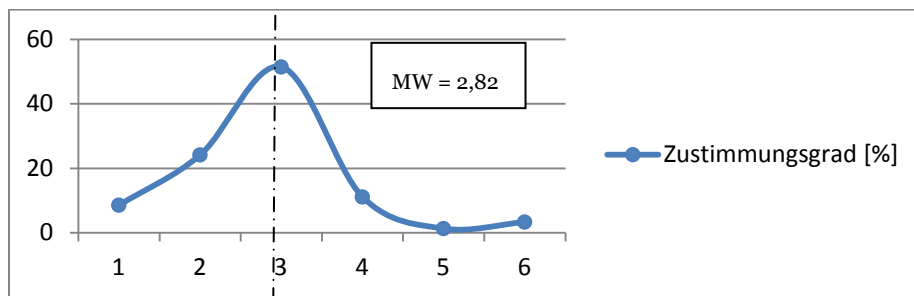


Abbildung 36: Vieles von dem, was ich bei der Arbeit als aggressiv oder gewalttätig erfahre, ist eigentlich vermeidbar.

Frage 15	Stimme zu (1)	Stimme größtenteils zu (2)	Stimme teilweise zu (3)	Stimme eher nicht zu (4)	Stimme gar nicht zu (5)	Weiß nicht (6)	Mittelwert
Absolut	64	180	383	83	10	25	2,82
Prozent	8,59	24,16	51,41	11,14	1,34	3,36	
Kumulierte Prozente	8,59	32,75	84,16	95,30	96,64	100	

Tabelle 43: Frage 15 Vieles von dem, was ich bei der Arbeit als aggressiv oder gewalttätig erfahre, ist eigentlich vermeidbar.

Die im Krankenhaus tätigen Mitarbeiter halten tendenziell viele der sie betreffenden aggressiven Ereignisse für vermeidbar, sie empfinden ihre Position durchaus als keine rein ausgelieferte sondern sie sehen durchaus Handlungsmöglichkeiten zur Verringerung derartiger Vorfälle. Gezieltes, umfassendes Deeskalationstraining wäre eines der Werkzeuge, das den MitarbeiterInnen neue Handlungs- und Reaktionsspektren eröffnet.

Frage 16: Verbal attackiert und auch tätlich angegriffen zu werden gehört wie selbstverständlich zu meinem Beruf!

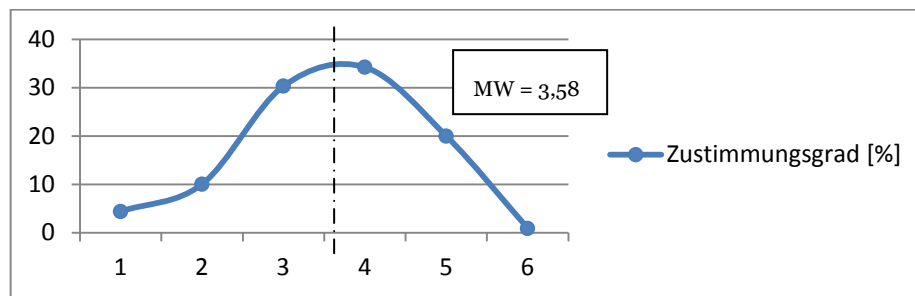


Abbildung 37: Verbal attackiert und auch tätlich angegriffen zu werden gehört wie selbstverständlich zu meinem Beruf!

Frage 16	Stimme zu (1)	Stimme größtenteils zu (2)	Stimme teilweise zu (3)	Stimme eher nicht zu (4)	Stimme gar nicht zu (5)	Weiß nicht (6)	Mittelwert
Absolut	33	75	226	255	149	7	3,58
Prozent	4,42	10,07	30,34	34,24	20,00	0,93	
Kumulierte Prozente	4,42	14,49	44,83	75,07	95,07	100	

Tabelle 44: Frage 16 Verbal attackiert und auch tätlich angegriffen zu werden gehört wie selbstverständlich zu meinem Beruf!

Ein Mittelwert von 3,58 spricht von der Tendenz her eher dafür, dass Gewalt und Aggression zwar häufig erlebt, aber nicht als Berufsnormalität gesehen werden, 54,24 Prozent stimmen eher nicht oder gar nicht zu. Dieser Aussage kommt insofern große Bedeutung zu, als es wichtig ist, dass MitarbeiterInnen sensibilisiert werden sollen, Aggression und Gewalt nicht als normal anzusehen und dass diese Phänomene zwar in einem durchschnittlichen Ausmaß als dem Menschen immanent vorkommen, ihnen aber Mittel und Fähigkeiten zum professionellen Umgang entgegengesetzt werden müssen.

Frage 19: Ich bin in der Lage, mit einem verbal aggressiven Patienten zu Recht zu kommen und die schwierige Situation zu meistern!

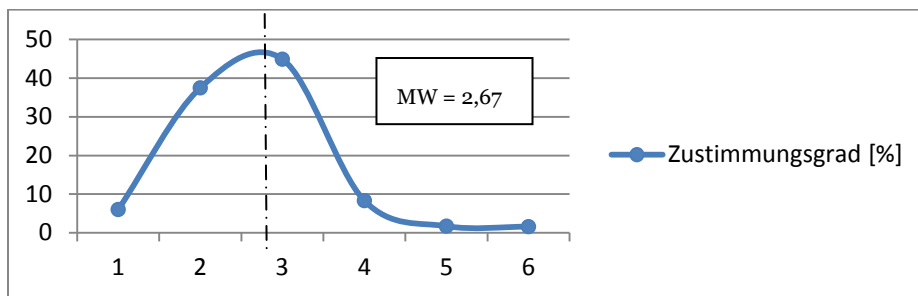


Abbildung 38: Ich bin in der Lage, mit einem verbal aggressiven Patienten zu Recht zu kommen und die schwierige Situation zu meistern

Frage 19	Stimme zu (1)	Stimme größtenteils zu (2)	Stimme teilweise zu (3)	Stimme eher nicht zu (4)	Stimme gar nicht zu (5)	Weiß nicht (6)	Mittelwert
Absolut	45	279	334	62	13	12	2,67
Prozent	6,04	37,44	44,84	8,33	1,74	1,61	
Kumulierte Prozente	6,04	43,48	88,32	96,65	98,39	100	

Tabelle 45: Frage 19 Ich bin in der Lage, mit einem verbal aggressiven Patienten zu Recht zu kommen und die schwierige Situation zu meistern

Etwas weniger als die Hälfte der Teilnehmer schätzen ihre Fähigkeiten im Umgang mit verbal aggressiven PatientInnen eher hoch ein. Rund zehn Prozent glauben, derartige Situationen eher nicht oder gar nicht meistern zu können. Angesichts der hohen Evidenz von Aggression in den Gesundheitsberufen zeigt sich hier ein Handlungsbedarf, um speziell die MitarbeiterInnen stützen zu können, die vermeintlich kein Werkzeug zur Lösung derartiger Situationen haben.

Frage 20: Ich bin in der Lage, mit einem Patienten, der mich tätlich angreift
zu Recht zu kommen und die schwierige Situation zu meistern!

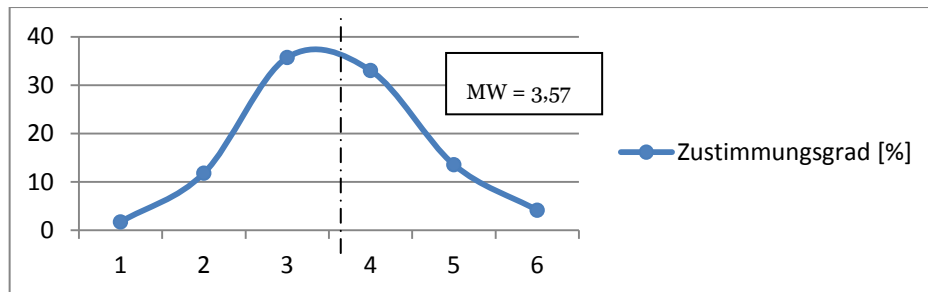


Abbildung 39: Ich bin in der Lage, mit einem Patienten, der mich tätlich angreift zu Recht zu kommen und die schwierige Situation zu meistern!

Frage 20	Stimme zu (1)	Stimme größtenteils zu (2)	Stimme teilweise zu (3)	Stimme eher nicht zu (4)	Stimme gar nicht zu (5)	Weiß nicht (6)	Mittelwert
Absolut	13	88	266	246	101	31	3,57
Prozent	1,74	11,81	35,71	33,02	13,56	4,16	
Kumulierte Prozente	1,74	13,55	49,26	82,28	95,84	100	

Tabelle 46: Frage 20 Ich bin in der Lage, mit einem Patienten, der mich tätlich angreift zu Recht zu kommen und die schwierige Situation zu meistern!

Hier zeigt sich mit 46,58 % ein noch deutlicherer Prozentsatz der MitarbeiterInnen von derartigen Ereignissen überfordert, was einen Schulungsbedarf neuerlich unterstreicht

Frage 24: Ich kenne die rechtlichen Bestimmungen, die nötigenfalls
eine Verteidigung zulassen.

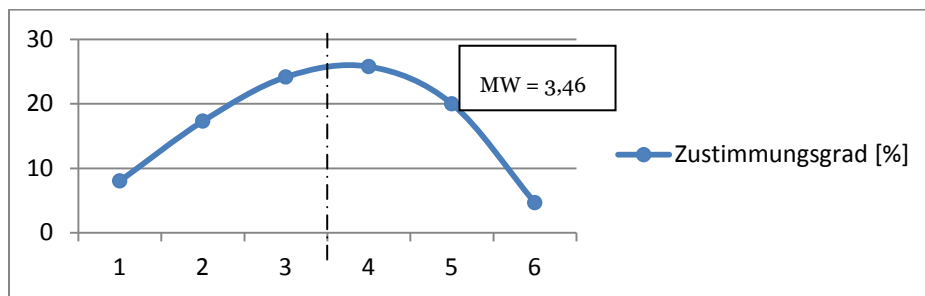


Abbildung 40: Ich kenne die rechtlichen Bestimmungen, die nötigenfalls eine Verteidigung zulassen.

Frage 24	Stimme zu (1)	Stimme größtenteils zu (2)	Stimme teilweise zu (3)	Stimme eher nicht zu (4)	Stimme gar nicht zu (5)	Weiß nicht (6)	Mittelwert
Absolut	60	129	180	192	149	35	3,46
Prozent	8,06	17,32	24,16	25,77	20,00	4,69	
Kumulierte Prozente	8,06	25,38	49,54	75,31	95,31	100	

Tabelle 47: Frage 24 Ich kenne die rechtlichen Bestimmungen, die nötigenfalls eine Verteidigung zulassen.

Nahezu die Hälfte der Befragten gibt an, die relevanten rechtlichen Bestimmung für eine Verteidigung bzw. für den Notwehrfall eher nicht oder gar nicht zu kennen. Insgesamt ist das ein wesentliches Defizit, da die handelnden Personen ohne den rechtlichen Hintergrund, die Möglichkeiten und Hindernisse zu kennen, im Alltag in Akutsituationen agieren müssen. In Extremfällen kann es daher durchaus auch zu rechtlich bedenklichen Situationen kommen.

3.3.4. Empfindungen im Umgang mit aggressiven PatientInnen

Diese Items behandeln die subjektiven Gefühle im Umgang mit aggressiven PatientInnen und die Einschätzung der diesbezüglichen Ausbildung

Frage 1: Wie fühlen Sie sich bei der Arbeit mit einem verbal
und/oder tätlich aggressivem Patienten?

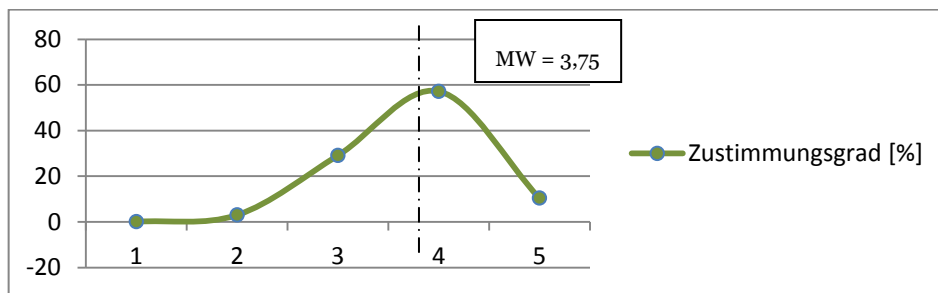


Abbildung 41: Wie fühlen Sie sich bei der Arbeit mit einem verbal und/oder tätlich aggressivem Patienten?

Frage 1	Sehr wohl (1)	Wohl (2)	Weder-noch (3)	Unwohl (4)	Sehr unwohl (5)	Mittelwert
Absolut	1	23	217	426	78	3,75
Prozent	0,13	3,09	29,13	57,18	10,47	
Kumulierte Prozente	0,13	3,22	32,35	89,53	100	

Tabelle 48: Frage 1 Wie fühlen Sie sich bei der Arbeit mit einem verbal und/oder tätlich aggressivem Patienten?

Die Gefühle bei der Arbeit mit aggressiven Menschen sind eher als negativ zu bewerten, mehr als zwei Drittel der Befragten geben an, sich unwohl bzw. sehr unwohl zu fühlen, wohl oder sehr wohl fühlen sich nur 3,35 Prozent.

Frage 2: Wie gut ist Ihr Wissensstand im Umgang mit verbaler Aggression (z.B.
herablassende, beschimpfende oder drohende Äußerungen)?

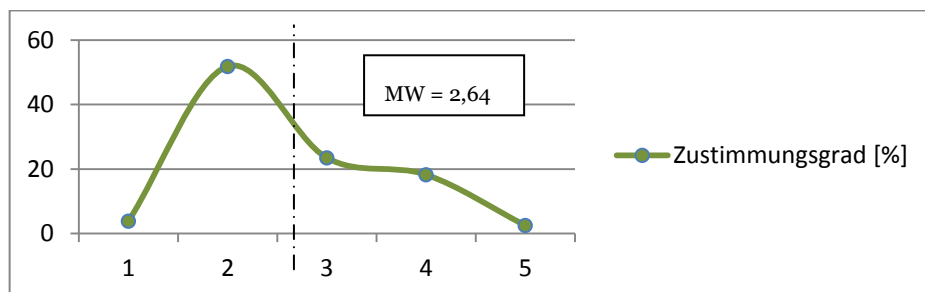


Abbildung 42: Wie gut ist Ihr Wissensstand im Umgang mit verbaler Aggression

(z.B. herablassende, beschimpfende oder drohende Äußerungen)?

Frage 2	Sehr gut (1)	Gut (2)	Weder-noch (3)	Nicht gut (4)	Gar nicht gut (5)	Mittelwert
Absolut	29	386	175	136	19	2,64
Prozent	3,89	51,81	23,49	18,26	2,55	
Kumulierte Prozente	3,89	55,70	79,19	97,45	100	

Tabelle 49: Frage 2 Wie gut ist Ihr Wissensstand im Umgang mit verbaler Aggression

Mehr als die Hälfte der MitarbeiterInnen schätzen ihr Wissen zum Umgang mit verbaler Aggression als gut bis sehr gut ein. Ob die Realität dieser subjektiven Einschätzung entspricht, kann in dieser Arbeit nicht geklärt werden, wäre aber eine spannende Frage für weitere Forschungsarbeit.

Frage 3: Wie gut sind Sie in der Lage, bei aggressiven Patienten
physisch einzugreifen(z.B. Einsatz von Abwehrtechniken)?

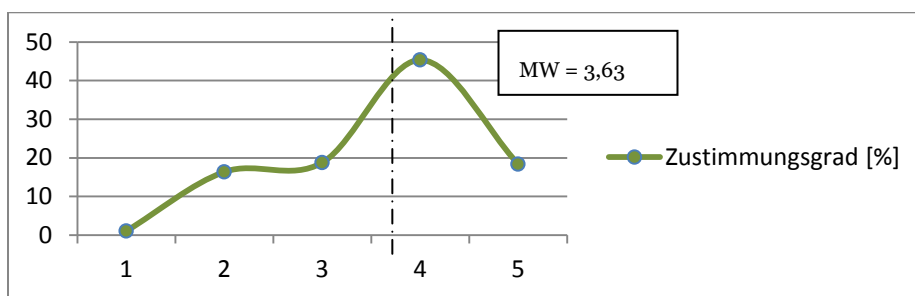


Abbildung 43: Wie gut sind Sie in der Lage, bei aggressiven Patienten physisch einzugreifen
(z.B. Einsatz von Abwehrtechniken)?

Frage 3	Sehr gut (1)	Gut(2)	Weder-noch (3)	Nicht gut (4)	Gar nicht gut (5)	Mittelwert
Absolut	8	122	140	338	137	3,63
Prozent	1,07	16,38	18,79	45,37	18,39	
Kumulierte Prozente	1,07	17,45	36,24	81,61	100	

Tabelle 50: Frage 3 Wie gut sind Sie in der Lage, bei aggressiven Patienten physisch einzugreifen

Im Umgang mit verbaler Aggression schätzen sich mehr als die Hälfte der Mitarbeiter gut oder sehr gut ein, gar nicht gut erleben sich bloß 2,55 Prozent. Ganz anders das Bild bei tätlichen Angriffen: Physische Interventionen scheinen die Mitarbeiter zu überfordern, gut und sehr gut schätzen sich nur 17,45 Prozent der Befragten ein, 63,77 der Befragten fühlen sich nicht oder gar nicht gut in der Lage, mit derartigen Situationen fertig zu werden.

Frage 4: Wie selbstsicher fühlen Sie sich in der Gegenwart eines tätlich/verbal aggressiven Patienten?

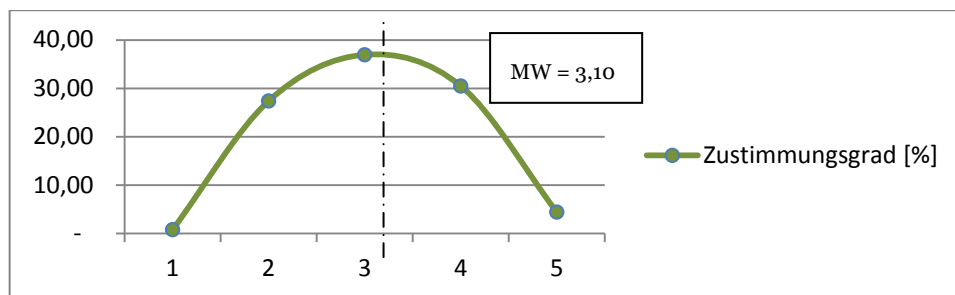


Abbildung 44: Wie selbstsicher fühlen Sie sich in der Gegenwart eines tätlich/verbal aggressiven Patienten?

Frage 4	Sehr Selbstsicher (1)	Selbstsicher (2)	Weder-noch (3)	Nicht Selbstsicher (4)	Gar nicht Selbstsicher (5)	Mittelwert
Absolut	6	204	275	227	33	3,10
Prozent	0,80	27,38	36,92	30,47	4,43	
Kumulierte Prozente	0,80	28,18	65,10	95,57	100	

Tabelle 51: Frage 4 Wie selbstsicher fühlen Sie sich in der Gegenwart eines tätlich/verbal aggressiven Patienten?

Die Kurvenform entspricht bei diesem Item sehr gut einer Standard-Normalverteilung, Sicherheit und Unsicherheit halten sich in etwa die Waage, jedoch mit einer leichten Tendenz in Richtung Unsicherheit. Auch hier findet sich wieder ein Ansatzpunkt für Deeskalationstrainings, da Teilnehmer nach den Basistrainings und in den Nachfasstagen häufig berichten, dass ein verbessertes Sicherheitsgefühl das spürbarste Ergebnis dieser Ausbildung sei.

Frage 5: Wie gut sind Sie in der Lage, bei aggressiven Patienten psychologisch
Einzugreifen (z.B. Einsatz verbaler oder nonverbaler Kommunikation)?

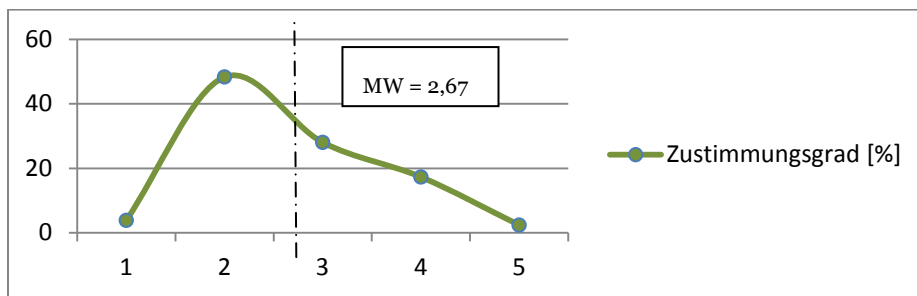


Abbildung 45: Wie gut sind Sie in der Lage, bei aggressiven Patienten psychologisch Einzugreifen
(z.B. Einsatz verbaler oder nonverbaler Kommunikation)?

Frage 5	Sehr gut (1)	Gut (2)	Weder-noch (3)	Nicht gut(4)	Gar nicht gut (5)	Mittelwert
Absolut	29	360	209	129	18	2,67
Prozent	3,89	48,32	28,05	17,32	2,42	
Kumulierte Prozente	3,89	52,21	80,26	97,58	100	

Tabelle 52: Frage 5 Wie gut sind Sie in der Lage, bei aggressiven Patienten psychologisch Einzugreifen?

Die psychologischen Fähigkeiten zur Deeskalation werden mehrheitlich im Bereich sehr gut bis gut eingeschätzt (52,21%), nur 19,75% der Befragten ordnen sich in die Bereiche nicht gut bis gar nicht gut ein. Hier kommt unter anderem auch das verstärkte Angebot an Kommunikationsseminaren zum Tragen, die die kommunikativen Fähigkeiten der MitarbeiterInnen verbessern.

Frage 6: Wie gut ist ihr Wissensstand im Umgang mit physischer Aggression?

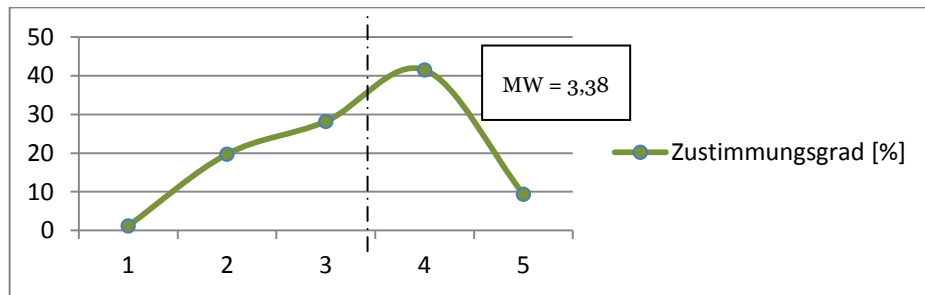


Abbildung 46: Wie gut ist ihr Wissensstand im Umgang mit physischer Aggression?

Frage 6	Sehr gut (1)	Gut (2)	Weder-noch (3)	Nicht gut (4)	Gar nicht gut (5)	Mittelwert
Absolut	9	147	210	309	70	3,38
Prozent	1,21	19,73	28,19	41,48	9,39	
Kumulierte Prozente	1,21	20,94	49,13	90,61	100	

Tabelle 53: Frage 6 Wie gut ist ihr Wissensstand im Umgang mit physischer Aggression?

Etwas überraschend ist die Einschätzung über den Wissensstand zur physischen Deeskalation. Nur 20,94 Prozent schätzen sich hier sehr gut bis gut ein, 50,87 Prozent sehen sich nicht gut bis gar nicht gut gerüstet in Bezug auf theoretische und praktische Hintergründe zur Deeskalation physischer Aggression.

Frage 7: Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit aggressiven Patienten?

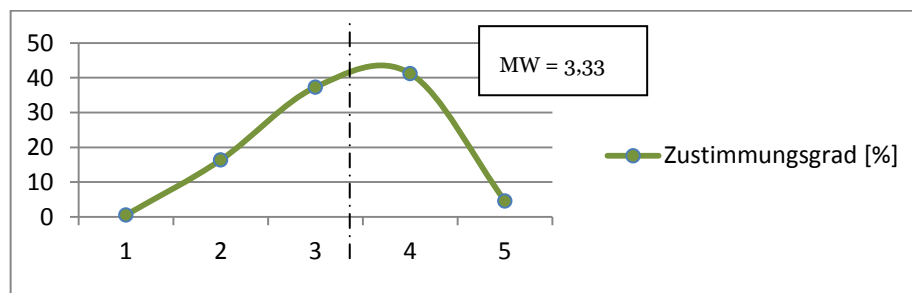


Abbildung 47: Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit aggressiven Patienten?

Frage 7	Sehr sicher (1)	Sicher (2)	Weder-noch (3)	Nicht sicher (4)	Gar nicht sicher (5)	Mittelwert
Absolut	4	122	278	307	34	3,33
Prozent	0,54	16,38	37,31	41,21	4,56	
Kumulierte Prozente	0,54	16,92	54,23	95,44	100	

Tabelle 54: Frage 7 Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit aggressiven Patienten?

Nur 16 Prozent der Befragten fühlen sich im Umgang mit aggressiven Patienten sehr sicher bis sicher, 45,77 Prozent hingegen nicht sicher bis gar nicht sicher. Interessant ist dabei der Vergleich mit Frage 4, „Wie selbstsicher fühlen Sie sich in der Gegenwart eines tätlich/verbal aggressiven Patienten?“. Hier fühlen sich 28,18 Prozent sehr sicher bis sicher, nur 34,90 Prozent fühlen sich nicht sicher bis gar nicht sicher.

Frage 8: Wie wirksam sind die Ihnen bekannten Techniken für den Umgang mit Aggression (z.B. Selbstverteidigungstechniken, Abwehrtechniken...)?

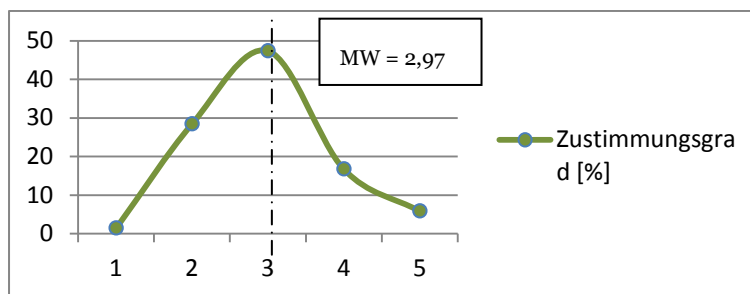


Abbildung 48: Wie wirksam sind die Ihnen bekannten Techniken für den Umgang mit Aggression (z.B. Selbstverteidigungstechniken, Abwehrtechniken...)?

Frage 8	Sehr wirksam (1)	Wirksam (2)	Weder-noch (3)	Nicht wirksam (4)	Gar nicht wirksam (5)	Mittelwert t
Absolut	11	212	353	125	44	2,97
Prozent	1,48	28,46	47,38	16,78	5,90	
Kumulierte Prozente	1,48	29,94	77,32	94,10	100	

Tabelle 54: Frage 8 Wie wirksam sind die Ihnen bekannten Techniken für den Umgang mit Aggression

Hier zeigen sich die Befragten sehr ambivalent, sehr wirksam bis wirksam geben 29,94 Prozent der Befragten an, 22,68 Prozent nicht wirksam bis gar nicht wirksam. Interessant wäre für spätere Forschungsarbeiten, welche Techniken bekannt sind und worin deren Wirksamkeit/Unwirksamkeit begründet ist.

Frage 9: Wie gut sind Sie in der Lage, auf die Bedürfnisse eines aggressiven Patienten einzugehen?

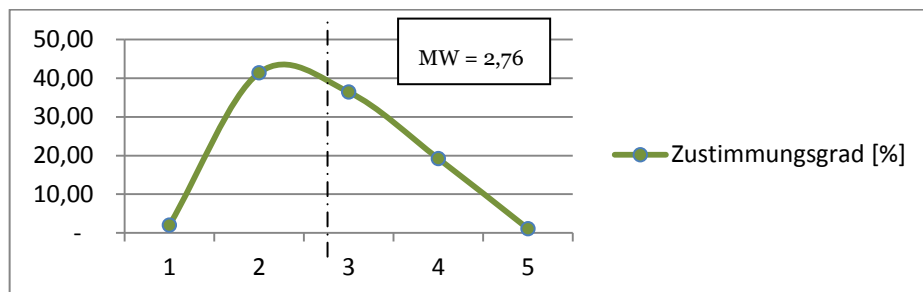


Abbildung 49: Wie gut sind Sie in der Lage, auf die Bedürfnisse eines aggressiven Patienten einzugehen?

Frage 9	Sehr gut (1)	Gut (2)	Weder-noch (3)	Nicht gut (4)	Gar nicht gut (5)	Mittelwert
Absolut	15	308	271	143	8	2,76
Prozent	2,01	41,34	36,38	19,19	1,08	
Kumulierte Prozent	2,01	43,35	79,73	98,92	100	

Tabelle 55: Frage 9 Wie gut sind Sie in der Lage, auf die Bedürfnisse eines aggressiven Patienten einzugehen?

Das Eingehen auf die Bedürfnisse wird sehr ähnlich eingeschätzt wie die Items 2 (Wissensstand) und 5 (psychologisch Eingreifen). 43,45 Prozent geben an, sehr gut bis gut auf die Bedürfnisse eingehen zu können, nur 20,27 Prozent ordnen ihre Fähigkeiten im Bereich nicht gut bis gar nicht gut ein.

Frage 10: Wie gut sind Sie in der Lage, sich in der täglichen Arbeit vor aggressiven Patienten zu schützen (zum Beispiel Notrufanlage...)?

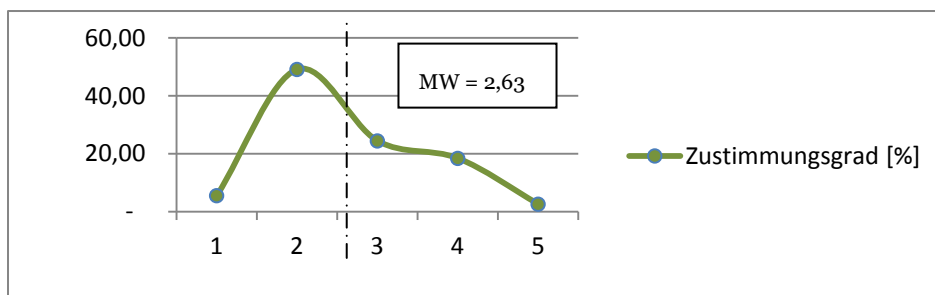


Abbildung 50: Wie gut sind Sie in der Lage, sich in der täglichen Arbeit vor aggressiven Patienten zu schützen?

Frage 10	Sehr gut (1)	Gut (2)	Weder-noch (3)	Nicht gut (4)	Gar nicht gut (5)	Mittelwert
Absolut	41	366	182	137	19	2,63
Prozent	5,50	49,13	24,42	18,39	2,56	
Kumulierte Prozent	5,50	54,63	79,05	97,44	100	

Tabelle 56: Frage 10 Wie gut sind Sie in der Lage, sich in der täglichen Arbeit vor aggressiven Patienten zu schützen?

Ein überraschend hoher Anteil stuft sich bei dieser Frage im Bereich sehr gut bis gut ein, nur 20,95 Prozent im Bereich nicht gut bis gar nicht gut. Auch hier wären weitere Forschungen spannend, besonders wäre interessant, was effiziente Schutzmaßnahmen sind. Hier gibt es technische Hilfsmittel wie Alarmsysteme, Assistenzsysteme wie etwa ein Sicherheitsdienst

oder eben die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Deeskalation. Welche Instrumente wie eingesetzt werden, könnte eine spannende Forschungsfrage aufwerfen

3.4. Interpretation der Ergebnisse und Diskussion

Mit dieser Arbeit liegen erstmals für die Wiener Psychiatrie detaillierte Ergebnisse über Art, Form und Häufigkeit im Beruf erlebter Aggression und Gewalt vor. Auch ein Vergleich zwischen zwei psychiatrischen Abteilungen wurde bisher österreichweit noch nicht durchgeführt. Insgesamt zeigt sich für die Wiener Psychiatrie ein Bild, das im internationalen Trend liegt. 64,83 Prozent der Mitarbeiter wurden im Beruf einmal oder mehrmals tätlich angegriffen. 23,75 Prozent sind täglich, 45,91 Prozent wöchentlich mit aggressivem Verhalten von PatientInnen konfrontiert, 69,66 Prozent wurden einmal oder mehrmals körperlich bedroht. Die Häufigkeitsrate zeigt, dass durchschnittlich 0,26 bzw. 0,24 aggressive Ereignisse pro Tag eintreten, dieser Wert alleine zeigt, wie massiv im Krankenhaus Tätige mit diesem Phänomen befasst sind.

Die Einschätzung des Umganges mit aggressiven PatientInnen ist zwar tendenziell in positive Richtung verschoben, nichts desto Trotz findet sich die Mehrheit im ambivalenten Bereich. Unklar ist, ob diese Einschätzung auch den real erlebten Tatsachen entspricht. Ausbildung, Wissenserweiterung und praktische Tools im Umgang mit Aggression und Gewalt sollten kontinuierlich verbessert werden.

Diese Zahlen zeigen, dass der Arbeitsplatz Krankenhaus Risiken birgt, deren Ausmaß sicherlich noch nicht in vollem Umfang erfasst ist. Mitarbeiter erleben diese Tatsache als sehr belastend, mit allen körperlichen und psychischen Folgeerscheinungen wie Burn Out, Krankheit und Berufsausstieg. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass das Erleben von Aggression mittel- bis langfristig auch einen Einfluss auf die Pflegequalität nach sich zieht. Einerseits unter dem Aspekt, dass hohe Zeitressourcen gebunden werden, die in der planvollen, zielgerichteten patientInnenorientierten Arbeit abgehen, andererseits unter dem Gesichtspunkt der MitarbeiterInnengesundheit und -zufriedenheit, die direkte Auswirkung auf die Pflegequalität haben..

64,83 Prozent tätliche Angriffe bei den Befragten im Vorfeld von Deeskalationstrainings, das bedeutet auch ein Sample aus unterschiedlichsten medizinischen Bereichen, sprechen eine deutliche Sprache. An den untersuchten Psychiatrischen Abteilungen kam es in 3,56 Prozent

der Gesamtvorfälle (1. Psy. Abt.) zu sichtbaren Verletzungen, an der 5. Psy. Abt. sogar zu 23,21 Prozent.

Insgesamt steht die Forschung auf diesem Gebiet in Österreich noch am Beginn. Es wird notwendig sein, fundiertes Datenmaterial zu gewinnen, um Probleme aufzuzeigen und benennen zu können. Nur wenn die Problemlage klar ist, können Strategien und Methoden entwickelt werden, die helfen die Gefährdung der MitarbeiterInnen und der PatientInnen gezielt zu minimieren. MitarbeiterInnen haben nicht nur ein Recht auf einen möglichst gefahrenfreien Arbeitsplatz und damit auf den Schutz der Gesundheit, sondern sie müssen auch die Gelegenheit haben, ihren Beruf in einer befriedigenden Umgebung auszuüben, um möglichst sinnvoll und in hoher Qualität arbeiten zu können.

4. Schlussfolgerungen und Praxisrelevanz

Hier sind mehrere Ebenen gefordert, dieser zum Teil erschreckenden Häufung und damit massiven Belastung der MitarbeiterInnen entgegenzutreten. Zum Ersten liegt es an den Dienstgebern ihrer Schutzpflicht nach § 3/1 AschG nachzukommen und den MitarbeiterInnen adäquate Mittel ideeller und materieller Natur zur Verfügung zu stellen.

An den pflegerischen Führungskräften wird es liegen, Leitlinien und Standards zu definieren und einzuführen, die den MitarbeiterInnen Sicherheit im Umgang und die Entwicklung zielführender Routinen zu ermöglichen.

Die MitarbeiterInnen selbst sind angehalten, die individuellen Fähigkeiten zu verbessern und weiter zu entwickeln sowie auch eine hohe Sensibilität gegenüber den Phänomenen Aggression und Gewalt zu entwickeln.

Insgesamt muss zwei wichtigen Bereichen erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden.

1. ArbeitnehmerInnenschutz

2. Personalentwicklung, Risiko- und Qualitätsmanagementmanagement

4.1. ArbeitnehmerInnenschutz

Hier greift primär das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG), das im § 3 eine klare Sprache spricht:

§ 3. (1) Arbeitgeber sind verpflichtet, für Sicherheit und Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer in Bezug auf alle Aspekte, die die Arbeit betreffen, zu sorgen. Die Kosten dafür dürfen auf keinen Fall zu Lasten der Arbeitnehmer gehen. Arbeitgeber haben die zum Schutz des Lebens, der Gesundheit und der Sittlichkeit erforderlichen Maßnahmen zu treffen, einschließlich der Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gefahren, zur Information und zur Unterweisung sowie der Bereitstellung einer geeigneten Organisation und der erforderlichen Mittel.

(2) Arbeitgeber haben sich unter Berücksichtigung der bestehenden Gefahren über den neuesten Stand der Technik und der Erkenntnisse auf dem Gebiet der Arbeitsgestaltung entsprechend zu informieren.

(3) Arbeitgeber sind verpflichtet, durch geeignete Maßnahmen und Anweisungen zu ermöglichen, dass die Arbeitnehmer bei ernster, unmittelbarer und nicht vermeidbarer Gefahr

1. ihre Tätigkeit einstellen,
2. sich durch sofortiges Verlassen des Arbeitsplatzes in Sicherheit bringen und
3. außer in begründeten Ausnahmefällen ihre Arbeit nicht wieder aufnehmen, solange eine ernste und unmittelbare Gefahr besteht. (vgl. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz - ASchG, 2006)

Zu den Absätzen 1 und 2 setzt der Wiener KAV bereits verstärkt unterschiedliche Maßnahmen. So wurden bereits zwei Gruppen von Deeskalationstrainern ausgebildet um im psychiatrischen und allgemeinen Bereich systematisch Deeskalationstrainings für die MitarbeiterInnen durchzuführen. Auch bauliche Maßnahmen wurden in unterschiedlichen Bereichen gesetzt um die Sicherheit zu verbessern, zum Beispiel an der Notfallaufnahme des Kaiserin Elisabeth Spitals. Zugleich werden in sensiblen Bereichen professionelle Sicherheitskräfte beschäftigt, die in eskalierenden Situationen sehr beruhigend und unterstützend wahrgenommen werden. In extrem riskanten Situationen übernimmt der Sicherheitsdienst die tragende Rolle, dem Absatz 3 wird hier im zumutbaren Rahmen entsprochen. In der psychiatrischen Pflege ist es zudem ein Teil des Tätigkeitsprofils, sich in

aggressiven Situationen, die durchaus Ausdruck eines Symptoms der Grunderkrankung sein können, *zum* Patienten zu begeben, ihn auch in dieser Situation zu stützen und zu leiten.

4.2. Personalentwicklung, Risiko- und Qualitätsmanagement

Mittelfristiges Ziel der Personalentwicklung muss es sein, die Mitarbeiter möglichst dicht in Deeskalationstrainings zu schulen. Dabei sollte die Griffigkeit der Schulung evaluiert und bei Bedarf an die jeweilige Arbeitssituation angepasst werden. Zusätzlich muss man neben dem Schulungsbedarf auch das Angebot an Deeskalationstrainern überprüfen und nötigenfalls noch weitere TrainerInnen ausbilden.

Eine derart große Organisation wie der KAV muss interessiert sein, Risiken für PatientInnen wie auch für Personal so gering wie möglich zu halten, um Folgekosten wie etwa Schadenersatzansprüche, Fehlzeiten oder Materialaufwände zu minimieren. Es gibt zur Auswirkung erlebter Aggression und Gewalt noch wenige verwertbare österreichische Daten, obgleich aus der internationalen Literatur anzunehmen ist, dass die Folgen zum Teil schwerwiegend, die Folgekosten enorm sind.

Ein Extremrisiko für PatientInnen stellt etwa der lagerungsbedingte Erstickungstod dar. Weniger folgenschwer, trotzdem ausgesprochen problematisch, sind Verletzungen während der Durchführung von Zwangsmaßnahmen, wie etwa Prellungen, Knochenbrüche oder Rissquetschwunden. Solche Ereignisse sollten durch einen möglichst professionellen, immer wieder trainierten systematischen Umgang mit Aggression, Gewalt und Zwang minimiert bis vermieden werden.

Die Entwicklung von Leitlinien und Standards scheint im Zusammenhang mit diesem ersten Problem ein wesentliches Thema. Bis 2004 waren solche im KAV nicht existent, alle Maßnahmen, von der Deeskalation über das Setzen von Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen oder die Verbringung eines Menschen in ein PIB bis zur Betreuung derartig eingeschränkter Personen unterlag der individuellen Einschätzung der handelnden MitarbeiterInnen, dem Erfahrungswissen. Inzwischen gibt es Vorgaben über die Betreuung beschränkter PatientInnen (Stefan & Schrenk 2006), eine Leitlinie zur fachgerechten Beschränkung und körpernahe Fixierung fremd- oder selbstgefährdender Personen (Stefan, Schrenk 2009) oder eine Leitlinie zum Umgang mit traumatisierten MitarbeiterInnen (Stefan, Egger, Schrenk 2006). Es kann in der modernen, evidenzbasierten Pflege nicht angehen, derartige

Problemkreise dem intuitiven Handeln zu unterwerfen, Leitlinien und Standards ermöglichen mehr Sicherheit für die handelnden Personen.

Pflegequalität kann ebenfalls nur gesichert werden, indem das pflegerische Handeln professionell geplant, durchgeführt und bewertet wird. Auch oder gerade in solch prekären Bereichen sollte im Interesse aller Beteiligten klar strukturiertes, evidenzbasiertes Handeln oberste Priorität haben.

Auch die Implementierung unterschiedlicher Assessmentinstrumente sollte forciert werden. Einerseits kann damit die Sensibilisierung für das Phänomen Aggression gesteigert werden, andererseits ist es unbedingt notwendig, laufend Daten zu generieren, um damit Entwicklungen und Veränderungen beobachten, einleiten und steuern zu können. Zudem belegt eine Studie von Richter, dass bereits die Verwendung des SOAS-R-Bogens zu einer Verminderung der Schwere und Häufigkeit von Aggressionsereignissen führt.

4.3. Empfehlungen für die weiterführende Forschung

Wesentliche Forschungsarbeit wäre einerseits noch auf dem Gebiet der qualitativen wie der quantitativen Erfassung von Aggressionsereignissen auch außerhalb Wiens zu tun, um einen Gesamtüberblick über die Betroffenheit der Berufsgruppe Pflege österreichweit zu erhalten. In weiterer Folge müssten auch die daraus resultierenden Probleme wie Fehlzeiten, Berufsausstieg, Frühpensionierungen oder sinkende Pflegequalität erforscht werden, um einerseits über die Kostendefinition Mittel bei den Dienstgebern freizumachen und um andererseits einer für MitarbeiterInnen und PatientInnen destruktiven Entwicklung rechtzeitig gegensteuern zu können. Erst wenn die Problemlage geklärt ist sollte die Frage nach möglichen Gegenmaßnahmen wie etwa Deeskalationskursen gestellt werden, deren Wirksamkeit in Folge genau überprüft werden muss.

Auch die subjektive Einschätzung der MitarbeiterInnen wirft einige spannende Fragen auf. Unterschätzen oder überschätzen MitarbeiterInnen aus dem Pflegeberuf das Aggressionsrisiko? Wie treffsicher ist die eigene Einschätzung in Bezug auf professionellen Umgang mit diesem Phänomen?

Forschungsbedarf ist auf diesem Gebiet noch ausreichend gegeben, gerade der Themenkreis „Aggression und Gewalt“ in der Pflege wurde über lange Zeit tabuisiert und verdrängt, der Aufholbedarf ist daher entsprechend groß.

5. Literaturverzeichnis

Abderhalden C., Needham I., Friedlie T., Poelmanns J., Dassen T. (2002): Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, Suppl. 412, 110-117.

Almvik R., Woods P. (1998): The Broset Violence Checklist (BVC) and the prediction of inpatient violence: Some preliminary results. *Psychiatric Care*, 5, 6, 208-211.

Almvik R. Woods P. (2003): Short-term risk prediction: The Broset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 231-238.

Arnetz J., Arnetz B. (2001): Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine*, 52, 417-427

AschG: <http://www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/6B70F952-D5AE-4DBB-AE36-A0183E1B172A/0/ASchG.pdf> (30.3.2010)

Bandura A. (1973): *Aggression: A social learning analysis*. Prentic Hall, Englewood Cliffs.
Zit nach: Zimbardo P. (1999): *Psychologie*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 338.

Birbaumer N., Schmid R. (2003): *Biologische Psychologie*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.

Brown R., Tedeschi S. (1976): Determinants of perceived aggression. *Journal of Social Psychology*, 100, 77-87.

Buckley P., Cookson H., Packham C. (2006): Violence at work: Findings from the 2008/09 British Crime Survey. <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/violence/bcs2008-09.pdf> (30.3.2010).

Caldwell M. (1992): Incidence of PTSD Among Staff Victims of Patient Violence. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 8, 838-839.

Chou K., Kaas M., Richie M. (1996): Assaultive behavior in geriatric patients. *Journal of Gerontological Nursing*, 22, 30-38.

Dinkel J., Schmid M. (2006): Entwicklung und Umsetzung eines Standards Zwangsmaßnahmen. In: Needham I., Schoppmann S., Schulz M., Stefan H. (Hrsg.): *Wissen schafft Pflege – Pflege schafft Wissen. Psychiatrische Pflege als Praxis und Wissenschaft*. Ibicura, Unterostendorf.

- Dollard J. et al. (1939): Frustration and Aggression. Yale University Press, New Haven. Zitiert nach: Zimbardo P. (1999): Psychologie. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 336.
- Dorfmeister G. (2009): Aggression, Gewalt und Deeskalation in Gesundheitseinrichtungen. Dissertationsarbeit, St. Elisabeth Universität, Bratislava.
- Fitzwater E., Gates D. (2002): Testing an Intervention to Reduce Assaults on Nursing Assistants in Nursing Homes: A pilot study. Geriatric Nursing, 23, 1, 18-23.
- Fröhlich W. (2002): Wörterbuch Psychologie. Deutscher Taschenbuch Verlag, München.
- Freud S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. In: Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt am Main, Fischer.
- Gabler H. (2003): Aggression. In: Sportwissenschaftliches Lexikon. Hofmann, Schorndorf, 21 - 25.
- Galtung J. (1998): Frieden mit friedlichen Mitteln. Leske & Buderich, Opladen.
- Hartdegen K. (1996): Aggression und Gewalt in der Pflege. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart
Jena Lübeck Ulm.
- ICN - International Council of Nurses (2006): Abuse and violence against nursing personnel. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/C01_Abuse_Violence_Nsg_Personnel.pdf (30.3.2010).
- ILO – International Labour Organisation (2002): Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/guidelines.pdf>
- Kienzle T., Paul-Ettlinger B. (2006): Aggression in der Pflege, Kohlhammer, Stuttgart
- McCall B., Horwitz I. (2004): Workplace violence in Oregon: An analysis using workers compensation claims from 1990-1997. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 46, 4, 357-366.
- McKenna B., Poole S., Smith N. et al. (2003): A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. International Journal of Mental Health Nursing, 12, 56-63.
- Menschenrechtsbeirat (2004): „Einsatz polizeilicher Zwangsgewalt -Risikominimierung in Problemsituationen“ Fixierungsmethoden – Lagebedingter Erstickungstod

http://www.menschenrechtsbeirat.at/cms15/mrb_pdf/thematische_berichte/2004_fixierungsmethoden.pdf (22.3.2010).

Miller N. (1941): The frustration – aggression hypothesis. *Psychological Review*, 48, 333-342, zit. nach: Zimbardo P. (1999): *Psychologie*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 337.

Morrison E. (1990): The Tradition of Toughness. A study of nonprofessional nursing care in psychiatric settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 22, 1, 32-38.

Mummendey A., Bornewasser M., Löschper G., Linneweber V. (1982): Aggressiv sind immer die anderen. Plädoyer für eine sozialpsychologische Perspektive in der Aggressionsforschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 13, 177-193.

Neubert N. (2005): *Erfahrungen zu Aggression und Gewalt in der Pflege*. Studienarbeit. Grin, Verlag für akademische Texte. München, Ravensburg.

Needham I., Abderhalden C., Meer R., Halfens R., Dassen T., Hauge H., Fischer J. (2004): The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: Report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 595-601.

Nijman H., Palmstierna T., Almvik R., Stolker J. (2005): Fifteen years of research with staff observation Aggression Scale: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 1, 12-21.

Nijman H., Merkelbach H., Allertz W. et al., (1997): Prevention of aggressive incidents on a closed psychiatric ward. *Psychiatric Services*, 48, 694-698.

Nijman H., Muris P., Merkelbach H. et.al. (1999): The staff observation aggression scale-revised (SOAS-R). *Aggressive Behaviour*, 25, 197-209.

Nolting H-P. (2009): *Lernfall Aggression*. Rowolth Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg.

Oud N. (2003): *Skriptum zum Trainerlehrgang Aggressions- Gewalt- und Deeskalations-Management*. Connecting, Amsterdam.

Oud N., Nijman H., Bowers L., Jansen G. (2005): Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggressive Behavior*, 31, 3, 217-227.

Palmstierna T., Wisted B. (1987): Staff observation aggression scale, SOAS: presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 657-663.

Richter, D., Berger: K. (2000): Physische und psychische Folgen bei Mitarbeitern nach einem Patientenübergreif: Eine prospektive Untersuchung in sechs psychiatrischen Kliniken. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed, 35, 8.

Richter D., Berger K. (2001): Patientenübergreif auf Mitarbeiter. Der Nervenarzt, 72, 693-699.

Richter D. (2004): Trainingsmaßnahmen zur Gewaltprävention und zur Anwendung physischer Interventionen. In: Ketelsen R., Schulz M. & Zechert, C. (Hrsg.) Seelische Krise und Aggressivität. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 127-137.

Rupp M., Rauwald C. (2004): Maßnahmen zur primären Prävention. In: Ketelsen R., Schulz M., Zechert C.: Seelische Krise und Aggressivität. Psychiatrie Verlag, Bonn, 12-26.

Ryan D., Maguire J. (2006): Aggression and violence – a problem in Irish Accident and Emergency Departments. Journal of Nursing Management, 14, 2, 106-115.

Schank K. (2008): Wie können sich pflegerische Beziehungen auf aggressives Verhalten von Patienten auswirken. Psych Pflege Heute, 14, 3, 153-158.

Schirmer U., Mayer M., Martin V., Vaclav J., Gaschler F., Özköylü S. (2006): Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege. Pflegen Online. <http://pflegen-online.de/download/170-Xi.pdf> (28.3.2010)

Sprenger R. (2001): Aggressives Verhalten von Patienten gegenüber Pflegenden, Fortbildungsbedarf im Zusammenhang mit Aggression. Nicht veröffentlichte Masterthese, Universität Maastricht.

Statistik Austria: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/-bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html (13.3.2010)

Stefan H. (2009): Aggression und Gewalt in der Pflege am Arbeitsplatz. Dissertationsarbeit, St. Elisabeth Universität, Bratislava.

Stefan H., Allmer F., Eberl J. et al. (2009): Praxisorientierte Pflegediagnostik. Springer, Wien New York.

Stefan H., Egger W., Schrenk W. (2006): Leitlinie zum Umgang mit traumatisierten MitarbeiterInnen. OWS, 5. Psychiatrische Abteilung (Hrsg.), Wien.

- Stefan H., Schrenk W. (2006): Richtlinien zur Betreuung beschränkter PatientInnen. OWS, 5. Psychiatrische Abteilung (Hrsg.), Wien.
- Stefan H., Schrenk W. (2009): Leitlinien für die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nach §33 ff UbG. Ärztliche Direktion des OWS (Hrsg.), Wien.
- Steinert T., Beck W., Vogel D., Wohlfahrt A. (1995): Gewalttätige Patienten. Ein Problem für Therapeuten an psychiatrischen Kliniken? Nervenarzt, 66, 207-211.
- Steinert T., Schmid P., Abderhalden C., Needham I. (2004): Management von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Krankenhäusern. Krankenhauspsychiatrie, 15, 1-5.
- Thackrey M. (1987): Clinician confidence in coping with patient aggression: Assessment and enhancement. Professional Psychology: Research and Practice, 18, 1, 57-60.
- UN (1974): 3314 (XXIX). Definition der Aggression. http://www.un.org/Depts/german/gv-early/ar3314_neu.pdf (26.1.2010).
- Wahl K. (2009): Aggression und Gewalt. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg.
- Whittington R., Higgins L. (2002): More than zero tolerance? Burnout and tolerance for patient aggression amongst mental health nurses in China and the UK. Acta Psychiatrica Scandinavica, 106, 412, 37-40.
- Wien GV: <http://www.wien.gv.at/statistik/daten/bev-entw-struk-prog.html> (30.3.2010).
- Wien KAV: http://www.wienkav.at/kav/intranet/texte_anzeigen.asp?ID=27960 Daten kav (1.4.2010).
- Zeller A., Needham I., Halfens R. (2006): Effekt einer Schulung in Aggressionsmanagement bei Schülerinnen und Schülern in der Pflegeausbildung. Pflege, 19, 251-258.
- Zimbardo P. (1999): Psychologie. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

Fragebogen über die Einstellung gegenüber aggressivem Verhalten von Patientinnen und Patienten

Allgemeine Einführung:

Dieser Fragebogen besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil bitten wir Sie darum, einige Angaben zu Ihrer Person und zu Ihren Erfahrungen bezüglich Aggression zu machen. Diese sind erforderlich um zu sehen, ob zum Beispiel das Alter, das Geschlecht oder die Berufserfahrung einen Einfluss auf die Einstellung gegenüber aggressivem Verhalten haben.

Der zweite Teil besteht aus Aussagen zum Thema Aggression und darüber, wie man mit aggressiven Menschen umgehen soll. Hier bitten wir Sie Ihre Meinung zu bekunden, indem Sie ein Kreuz an der Stelle machen, die für Sie am meisten zutrifft.

Beispiel:

	stimme zu	stimme groß= teils zu	stimme teil= weise zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu	weiß nicht
Die Einschätzung, ob ein Patient aggressiv reagieren wird oder nicht, ist einfach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anschließend werden Ihnen noch 10 Fragen gestellt, die sich auf Ihre Selbsteinschätzung bezüglich Sicherheit im Umgang mit aggressiven Patienten und Ihrem Wissensstand zu diesem Thema beziehen.

Beispiel:

Wie fühlen Sie sich in der Arbeit mit einem aggressiven Patienten?

☐ sehr wohl ☐ wohl ☐ weder noch ☐ unwohl ☐ sehr unwohl

Wir möchten diesen Fragebogen als Grundlage für unseren Basiskurs Deeskalationsmanagement verwenden und bitten Sie daher, alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten. Die Inhalte werden anonym und vertraulich behandelt.

Der Fragebogen wurde ursprünglich erstellt von: Heidi Zeller, Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Stephanshorn, St. Gallen. Der Inhalt des Ihnen vorliegenden Bogens wurde darüber hinausgehend angepasst bzw. verändert.

Wir danken Ihnen für Ihre Bemühungen!

Teil 1: Angaben zur Person

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Muttersprache: _____

Beruf:

Waren sie vor Beginn der Pflegeausbildung/Studium schon berufstätig und/oder haben Sie bereits eine andere Ausbildung besucht?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche Ausbildung haben Sie besucht oder in welchem Bereich haben Sie gearbeitet? _____

Mit welchen PatientInnen sind Sie in Ihrem Beruf hauptsächlich beschäftigt? (*Bitte nur den Bereich ankreuzen, der am ehesten zutrifft*)

☐ Kinder / Jugendliche

☐ Erwachsene

☐ Alte Menschen

In welchen Bereichen haben Sie bereits gearbeitet / Praktika absolviert? (*Mehrfachantworten möglich*)

☐ Akutpsychiatrie

☐ Rehabilitation / Subakutstationen

☐ Ambulanzen (inkl. Spezialambulanzen) / Tageskliniken

☐ Gerontopsychiatrie / Pflegeheim

☐ Kinderpsychiatrie / Kinderkrankenpflege

☐ Allgemeine Stationen (Chirurgie, Interne, Neurologie ...)

☐ Intensivpflege / Notfallaufnahme

☐ Spezialstationen (HIV, Drogen, Alkohol ...)

☐ Behindertenpflege / -betreuung

☐ Andere: _____

In welchem Bereich arbeiten Sie zur Zeit? (*Bitte nur den Bereich ankreuzen, der am ehesten zutrifft*)

☐ Akutpsychiatrie

☐ Rehabilitation / Subakutstationen

☐ Ambulanzen (inkl. Spezialambulanzen) / Tageskliniken

☐ Gerontopsychiatrie / Pflegeheim

☐ Kinderpsychiatrie / Kinderkrankenpflege

☐ Allgemeine Stationen (Chirurgie, Interne, Neurologie ...)

☐ Intensivpflege / Notfallaufnahme

☐ Spezialstationen (HIV, Drogen, Alkohol, ...)

☐ Behindertenpflege / -betreuung

☐ Andere: _____

In welcher Funktion sind Sie in Ihrem Bereich tätig? *(Bitte nur den Bereich ankreuzen, der am ehesten zutrifft)*

- ☐ Pflege (Basis)
- ☐ Pflege (Stationsführung / -vertretung / Oberpfleger)
- ☐ Sekundar- / Facharzt
- ☐ Oberarzt, ärztliche Führung
- ☐ Paramedizin (Therapeut, Sozialarbeiter ...)
- ☐ Stationshilfspersonal (Abteilungshilfe, Raumpflege ...)
- ☐ Andere – welche: _____

Bei Pflegeschülern / Praktikanten:

In welchem Lehrjahr Ihrer Ausbildung befinden Sie sich derzeit?

- ☐ 1. Lehrjahr
- ☐ 2. Lehrjahr
- ☐ 3. Lehrjahr
- ☐ 4. Lehrjahr (und höher)
- ☐ Sonderausbildung – welche: _____

Erfahrungen mit Gewalt und Aggression

1. Wie oft sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz mit aggressivem Verhalten von PatientInnen konfrontiert? (verbal, tätlich, passiv, Autoaggression ...)

- ☐ täglich
- ☐ wöchentlich
- ☐ monatlich
- ☐ weniger als einmal im Monat
- ☐ nie

2. Fühlten Sie sich während Ihrer Berufsausübung ernsthaft körperlich bedroht?

- ☐ Nie
- ☐ Einmal
- ☐ Mehrmals

3. Wurden Sie während Ihrer Berufsausübung TÄTLICH angegriffen?

- ☐ Nie
- ☐ Einmal
- ☐ Mehrmals

4. Wurden Sie während Ihrer Berufsausübung VERBAL angegriffen?

- ☐ Nie
- ☐ Einmal
- ☐ Mehrmals

Teil 2: Einstellung und Verhalten gegenüber aggressivem Verhalten von PatientInnen

		stimme zu	stimme groß= teils zu	stimme teil= weise zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu	weiß nicht
1.	Die Einschätzung, ob ein Patient aggressiv reagieren wird oder nicht, ist einfach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Patienten werden aggressiv, weil sie Angst haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Patienten werden aggressiv, weil sie meinen, dass das der beste Weg zur Selbstverteidigung ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Wird ein Patient zunehmend aggressiv, werde ich so nervös, dass ich nicht mehr ruhig denken / handeln kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Wer beruflich mit Kranken oder Behinderten zu tun hat, muss damit rechnen, tätlich angegriffen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Richtig reagieren heißt in jedem Fall: die Situation verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Es gibt keine Erklärung dafür, warum Patienten aggressiv werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Patienten bedrohen das Personal, um ihren Willen durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Wer sich auskennt, kann an verschiedenen Anzeichen erkennen, dass ein Patient aggressiv werden könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.	Ich fühle mich kompetent und weiß, wie man mit einem Patienten, der VERBAL aggressiv wird, umzugehen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich fühle mich kompetent und weiß, wie man mit einem Patienten, der mich TÄTLICH angreift, umzugehen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		stimme zu	stimme groß= teils zu	stimme teil= weise zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu	weiß nicht
12.	Das Personal sollte geschult werden bezüglich Prävention von aggressivem Verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Das Personal sollte geschult werden in Hinsicht darauf, wie man auf aggressives Verhalten von Patienten reagieren könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Kranke Menschen sind selbst verantwortlich für ihr Verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Vieles von dem, was ich bei der Arbeit als aggressiv oder gewalttätig erfahre, ist eigentlich vermeidbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Verbal attackiert und auch tätlich angegriffen zu werden gehört wie selbstverständlich zu meinem Beruf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Es ist besser, früh „hinzugreifen“, bevor es zu einer aggressiven Handlung kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Alle Patienten, bei denen aggressives Verhalten bekannt ist, sollten eine spezifisch auf sie zugeschnittene Therapie-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	und Pflegeplanung erhalten.						
19.	Ich bin in der Lage, mit einem VERBAL aggressiven Patienten zurecht zu kommen und die schwierige Situation zu meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Ich bin in der Lage, mit einem Patienten, der mich TÄTLICH angreift, zu Recht zu kommen und die schwierige Situation zu meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Ich bin kompetent im Umgang mit tätlich aggressiven Patienten und NICHT auf die Hilfe von Kollegen angewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		stimme zu	stimme groß= teils zu	stimme teil= weise zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu	weiß nicht
22.	Ich bin mir der sicheren und der gefährlichen Aspekte meiner patientenbezogenen Aufgaben bewusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Ich bin der Lage, mich unter Einsatz angemessener Mittel zur Wehr zu setzen und zu verteidigen, sollte mich je ein Patient angreifen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Ich kenne die rechtlichen Bestimmungen, die nötigenfalls eine Selbstverteidigung zulassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Ich kenne die mir zustehenden Rechte sowie die Pflichten meines Arbeitsgebers in Bezug auf meine persönliche Sicherheit am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 3: Empfindungen im Umgang mit aggressiven PatientInnen

Mit der Beantwortung der folgenden Fragen geben Sie an, wie Sie sich im Umgang mit aggressiven PatientInnen fühlen und wie gut Sie Ihre Ausbildung diesbezüglich einschätzen. Beantworten Sie die Fragen spontan und kreuzen Sie die Antwort an, die für Sie am ehesten zutrifft.

1. Wie fühlen Sie sich bei der Arbeit mit einem verbal und / oder tätlich aggressiven Patienten?

☐ sehr wohl ☐ wohl ☐ weder noch ☐ unwohl ☐ sehr unwohl

2. Wie gut ist Ihr Wissensstand im Umgang mit verbaler Aggression? (z.B. herablassende, beschimpfende oder drohende Äußerungen?)

☐ sehr gut ☐ gut ☐ weder noch ☐ nicht gut ☐ gar nicht gut

3. Wie gut sind Sie in der Lage, bei aggressiven Patienten physisch einzugreifen? (z.B. Einsatz von Abwehrtechniken?)

☐ sehr gut ☐ gut ☐ weder noch ☐ nicht gut ☐ gar nicht gut

4. Wie selbstsicher fühlen Sie sich in der Gegenwart eines tätlich / verbal aggressiven Patienten?

☐ sehr selbstsicher ☐ selbstsicher ☐ weder noch ☐ nicht selbstsicher ☐ gar nicht selbstsicher

5. Wie gut sind Sie in der Lage, bei aggressiven Patienten psychologisch einzugreifen? (z.B. Einsatz von verbaler und nonverbaler Kommunikation)

☐ sehr gut ☐ gut ☐ weder noch ☐ nicht gut ☐ gar nicht gut

6. Wie gut ist Ihr Wissensstand im Umgang mit physischer Aggression?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ weder noch ☐ nicht gut ☐ gar nicht gut

7. Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit einem aggressiven Patienten?

☐ sehr sicher ☐ sicher ☐ weder noch ☐ nicht sicher ☐ gar nicht sicher

8. Wie wirksam sind die Ihnen bisher bekannten Techniken für den Umgang mit Aggression? (z.B. Selbstverteidigung, Abwehrtechniken ...)

☐ sehr wirksam ☐ wirksam ☐ weder noch ☐ nicht wirksam ☐ gar nicht wirksam

9. Wie gut sind Sie in der Lage, auf die Bedürfnisse eines aggressiven Patienten einzugehen?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ weder noch ☐ nicht gut ☐ gar nicht gut

10. Wie gut sind Sie in der Lage, sich in der täglichen Arbeit vor aggressiven Patienten zu schützen? (z.B. Notrufanlage, ...)

☐ sehr gut ☐ gut ☐ weder noch ☐ nicht gut ☐ gar nicht gut

Anhang 2: SOAS-R

Erfassung von Aggressionseignissen

SOAS-R Staff Observation of Aggression Scale-Revised (Njman/Palmstierna 1998)

Datum:		Stationstür:	<input type="checkbox"/> offen
Zeit:			<input type="checkbox"/> geschlossen
Ausgefüllt von:		Aufnahme Datum:	
Ort:	<input type="checkbox"/> Aufnahmezimmer <input type="checkbox"/> Aufenthaltsraum <input type="checkbox"/> Vor Stationszimmer <input type="checkbox"/> Bei Stationstür		

Aufnahme Zahl:	Station: _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weiblich
Geb. Dat. Pat.:	
ICD 10:	
Entl. Datum:	
<input type="checkbox"/> Anderer Ort:	

Dieses Formular soll durch Mitarbeiter des Stationsteams ausgefüllt werden, die Zeuge von aggressivem Verhalten von PatientInnen gewesen sind. Dabei wird aggressives Verhalten wie folgt definiert: *Jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten, welches für den Patienten/die Patientin selbst, andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist, oder körperliches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind* (nach Morrison 1990).
→ Bitte in jeder Spalte mindestens einen Punkt ankreuzen!

1. Auslöser der Aggression	2. Benutzte Mittel	3. Ziel der Aggression	4. Konsequenz(en) für das (die) Opfer	5. Massnahme(n) um die Aggression zu stoppen
<input type="checkbox"/> Keine nachvollziehbarer Auslöser	<input type="checkbox"/> Verbale Aggression	<input type="checkbox"/> Nichts bzw. niemand	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Keine
Ausgelöst...	Gewöhnliche Gegenstände:	<input type="checkbox"/> Gegenstand/Gegenstände	Gegenstand/Gegenstände:	<input type="checkbox"/> Gespräch mit dem Patienten
<input type="checkbox"/> durch andere PatientInnen	<input type="checkbox"/> Stuhl/Stühle	<input type="checkbox"/> Andere(r) PatientIn	<input type="checkbox"/> beschädigt, muss nicht ersetzt werden	<input type="checkbox"/> Ruhig weggeführt
<input type="checkbox"/> bei der Hilfe bei den ATL's	<input type="checkbox"/> Glas (-waren)	<input type="checkbox"/> PatientIn selbst	<input type="checkbox"/> beschädigt, muss repariert werden	<input type="checkbox"/> Perorale Medikation ohne Zwang
<input type="checkbox"/> PatientIn wurde etwas verwehrt	<input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> MitarbeiterIn	<input type="checkbox"/> beschädigt, muss ersetzt werden	<input type="checkbox"/> Parent. Medikation
<input type="checkbox"/> Aufforderung zur Medikamenteneinnahme	Körperteile::	Wenn MitarbeiterIn:	Person(en):	<input type="checkbox"/> Unter Krafteinsatz festgehalten/weggeführt
<input type="checkbox"/> Aufnahme AOEV	<input type="checkbox"/> Hand (schlagen boxen)	<input type="checkbox"/> Pflegeperson	<input type="checkbox"/> fühlten sich bedroht	<input type="checkbox"/> Anderes: _____
<input type="checkbox"/> Zähne (beißen)	<input type="checkbox"/> Fuss (treten)	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Schmerzen < 10 Minuten	
<input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Zähne (beißen)	<input type="checkbox"/> PsychologIn	<input type="checkbox"/> Schmerzen > 10 Minuten	
	<input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Sonstige(r) TherapeutIn	<input type="checkbox"/> sichtbare Verletzung	Ergänzungen / Bemerkungen zum Ereignis:
	Gefährliche Gegenstände oder Methoden:	<input type="checkbox"/> Übriges Personal	<input type="checkbox"/> nicht-ärztliche Behandlung nötig	Dauer des Vorfalls in Minuten:
	<input type="checkbox"/> Messer	<input type="checkbox"/> Andere Personen (nicht zum Personal gehörend)	<input type="checkbox"/> ärztliche Behandlung/Untersuchung nötig	
	<input type="checkbox"/> Würgen			
	<input type="checkbox"/> Andere: _____			

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig angefertigt habe. Ich erkläre weiters, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Alle aus gedruckten, ungedruckten oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert.

Die wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Wien, am 25.4.2010

Wolfgang SCHRENK



Curriculum Vitae

Geburtsdaten:

23.10.1963, Riegersburg, N.Ö.

Familienstand:

Verheiratet, 3 Kinder

Schulische Laufbahn:

1970-1974 VS Langau, N.Ö.

1974-1981 GRG XV, Wien

1989-1994 HTBLA für Flugtechnik, Eisenstadt

Berufsausbildung

1981-1984 Einzelhandelskaufmann

1986 Rettungssanitäter

1996-1999 Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger

Zusatzausbildungen

2004 Sonderausbildung zum Trainer für Deeskalationsmanagement nach § 64 und 73 GuKG

2006 Sonderausbildung für basales und mittleres Pflegemanagement nach § 64 und 73 GuKG

Berufstätigkeit

1981-1984 Einzelhandelskaufmann Raumausstattung

1984-1986 Taxilenker

1986-1989 Rettungssanitäter Johanniter Wien

1994-1996 Techniker Schiffbautechnische Versuchsanstalt

seit 1999 Diplomierter Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger OWS,

davon 2,5 Jahre in leitender Position